



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

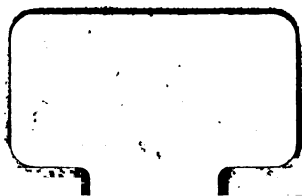
Nous vous demandons également de:

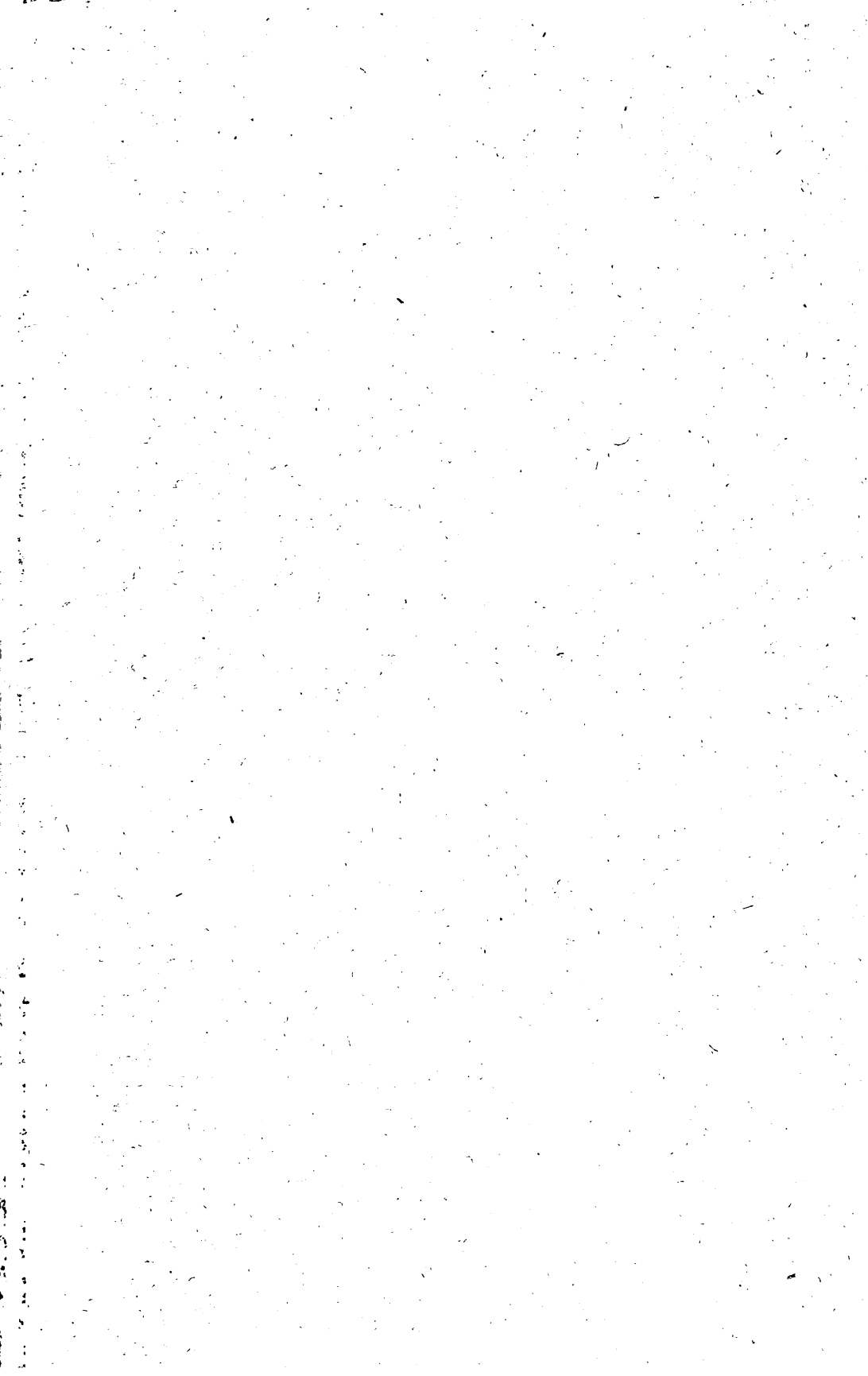
- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

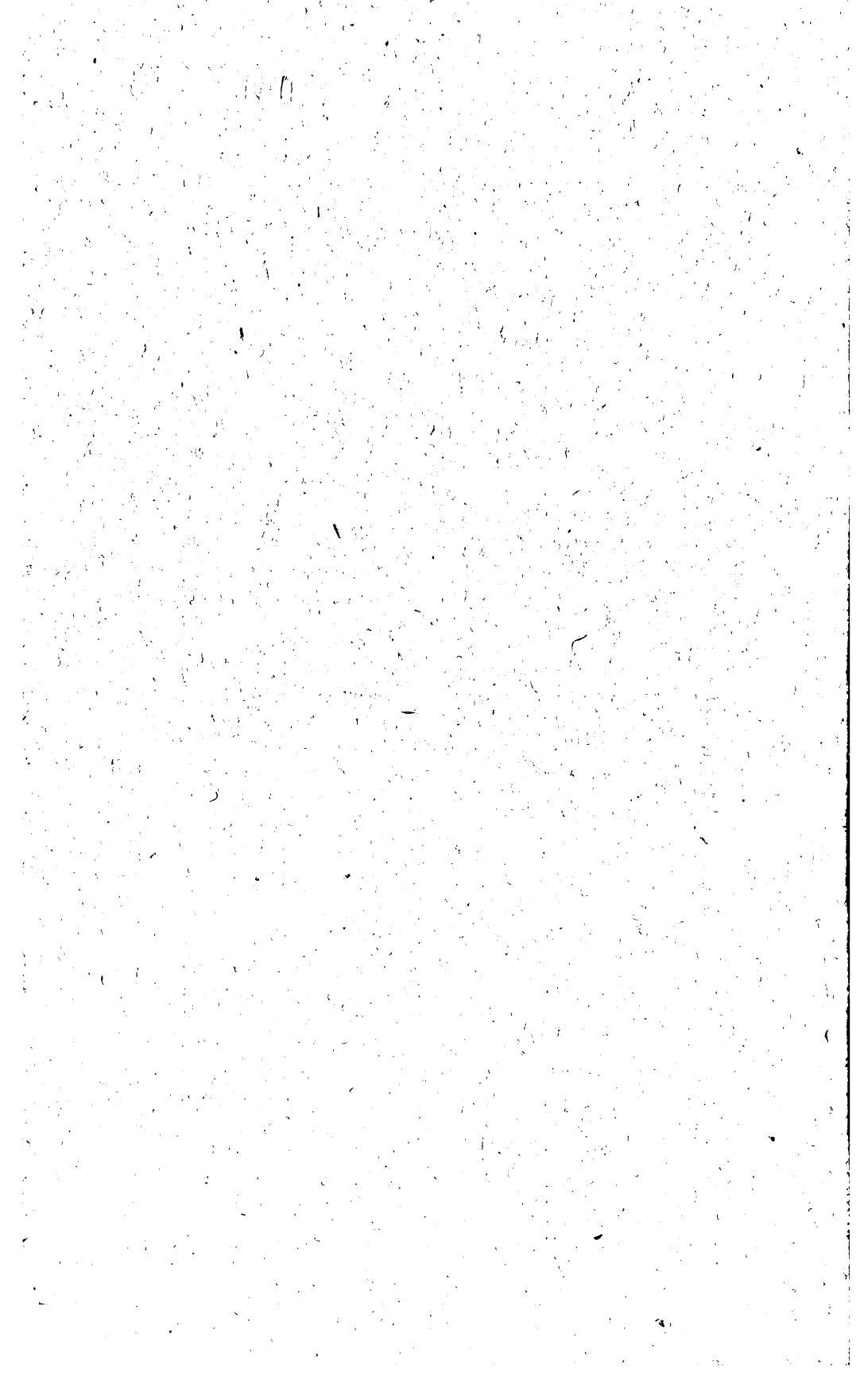
À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY







BULLETIN

DE LA

CLINIQUE NATIONALE OPHTHALMOLOGIQUE

DE



HOSPICE DES QUINZE-VINGTS

PAR

Les Docteurs A. TROUSSEAU et A. CHEVALLEREAU

Médecins titulaires.

Les Docteurs VALUDE et KALT

Médecins adjoints.

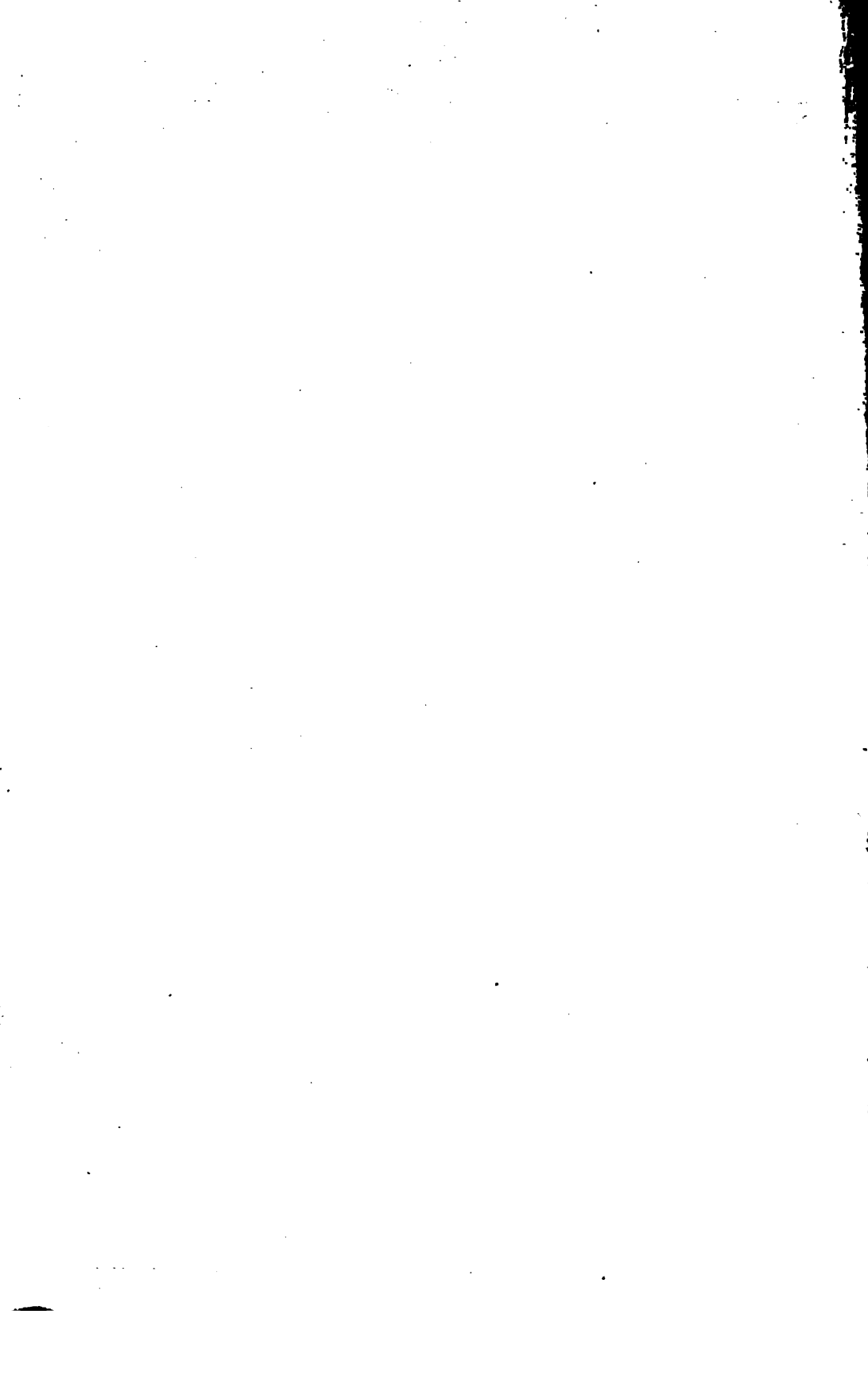
1888-1889

PARIS

LECROSNIER ET BABÉ, LIBRAIRES-ÉDITEURS

Place de l'École-de-Médecine

1890



BULLETIN
DE LA
CLINIQUE NATIONALE OPHTHALMOLOGIQUE
DE
L'HOSPICE DES QUINZE-VINGTS

Les belles funérailles qui lui ont été faites, la foule qui se pressait derrière le cercueil, ont en effet montré la haute estime dont Fieuzal était entouré.

Les fatigues exagérées que Fieuzal s'était imposées étaient la principale cause de sa mort. Aussi le service qu'il avait si longtemps dirigé fût-il divisé en deux parties. M. le Dr Trouseau, déjà médecin en second, fut nommé médecin titulaire, ainsi que M. le Dr Abadie. MM. les Drs Chevallereau et Valude furent nommés médecins-adjoints.

Voici d'autre part l'arrêté ministériel du 10 août 1888 qui règle l'organisation de la Clinique ophthalmologique.

Le Président du Conseil, ministre de l'intérieur,

Vu les arrêtés en date du 13 novembre 1880, nommant M. le Dr Fieuzal, médecin en chef de l'hospice national des Quinze-Vingts et médecin en chef de la Clinique ophthalmologique annexée à l'hospice national des Quinze-Vingts;

Vu le règlement du 13 novembre 1880 concernant la Clinique ophthalmologique;

Sur la proposition du directeur de l'Assistance publique;

Arrête :

Art. 1^{er}. — Le service de la Clinique ophthalmologique annexée à l'hospice des Quinze-Vingts est entièrement distinct du service médical du même établissement.

Art. 2. — Il est créé, pour le service de la Clinique, deux postes de médecins et deux postes de médecins-adjoints.

Art. 3. — Les médecins et les médecins-adjoints ne pourront avoir la direction ni être intéressés dans la gestion d'une clinique particulière.

Art. 4. — Sont abrogées, en ce qu'elles ont de contraire au présent arrêté, les dispositions des articles 17 et 18 du règlement du 13 novembre 1880 sur la Clinique nationale ophthalmologique.

Art. 5. — Le directeur de l'Assistance publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 10 août 1888.

Le Président du Conseil, Ministre de l'intérieur,

Ch. FLOQUET.

M. le Dr Abadie ne resta que six mois à la tête de son service; diverses considérations l'engagèrent à reprendre la direction de sa clinique particulière, et, par un arrêté ministériel en date du 4 mars 1889, M. Chevallereau, médecin-adjoint, fut nommé médecin titulaire en remplacement de M. Abadie, démissionnaire.

Le 22 juillet de la même année un arrêté ministériel instituait un concours d'admissibilité aux emplois de médecin adjoint de la Clinique nationale ophthalmologique annexée à l'hospice national des Quinze-Vingts.

Nous reproduisons ci-dessous le règlement de ce concours.

CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ

aux emplois de médecin-adjoint de la Clinique nationale ophthalmologique annexée à l'Hospice national des Quinze-Vingts, institué par arrêté ministériel du 22 juillet 1889.

Les candidats devront être Français et pourvus du diplôme de docteur d'une des Facultés de médecine de l'Etat.

Ils adresseront leur demande un mois, au moins, avant l'ouverture du concours, au Ministre de l'Intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée, et s'ils sont admis à prendre part au concours.

Cette demande sera accompagnée :

1° De l'acte de naissance du postulant ou d'une copie conforme de ses lettres de naturalisation ;

2° De ses diplômes ;

3° De ses états de services, et notamment des certificats établissant qu'il aurait été attaché, à un titre quelconque, soit à un hôpital, soit à un établissement consacré aux maladies des yeux ;

4° Enfin, d'un exemplaire de sa thèse, et des publications scientifiques dont il serait l'auteur.

Les candidats devront, en outre, prendre dans leur demande l'engagement :

1° De consacrer au service de la Clinique nationale ophthalmologique le temps de présence régulière que comporte la fonction de médecin-adjoint ;

2° De se conformer aux prescriptions de l'article 3 de l'arrêté du 10 août 1888 portant réorganisation du personnel médical de la Clinique nationale ophthalmologique, et qui est ainsi conçu : « Les médecins et les médecins-adjoints ne pourront avoir la direction ni être intéressés dans la direction d'une clinique particulière. »

Un concours sera ouvert sur la proposition du directeur de l'Hospice des Quinze-Vingts, toutes les fois que l'un des deux emplois de médecin-adjoint se trouvera vacant. Il sera annoncé deux mois à l'avance au moyen d'insertions faites, soit au « *Journal officiel* », soit par la voie de la *presse médicale*.

Le jury chargé de tenir le concours et d'en juger les résultats sera composé de cinq médecins choisis en majorité parmi les spécialistes pour les maladies des yeux.

L'un des deux médecins chefs de service de la Clinique nationale ophthalmologique sera nécessairement appelé à en faire partie.

Les membres et le président seront désignés par le Ministre de l'Intérieur.

Le candidat classé premier, par ordre de mérite, sera nommé à l'emploi vacant.

Les autres candidats déclarés admissibles ne puiseront dans leur rang de classement aucun droit de préférence en vue des vacances qui viendraient à se produire ultérieurement et devront se présenter au nouveau concours ouvert pour y pourvoir.

Les épreuves du concours sont au nombre de trois :

1^o Une composition écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie générale.

Il sera accordé trois heures pour traiter ce sujet.

2^o Une épreuve clinique sur deux malades dont un choisi parmi les malades atteints d'un trouble de la réfraction, soit dynamique, soit statique.

Il sera accordé trente minutes pour l'examen des malades et vingt minutes d'exposition.

Pour chacune des épreuves, le nombre des points à attribuer aux candidats est déterminé d'après l'échelle suivante :

	0		nul
	1	2	très mal.
3	4	5	mal.
6	7	8	médiocre.
9	10	11	passable.
12	13	14	assez bien.
15	16	17	bien.
18		19	très bien.
	20		parfait.

Toute épreuve dont la note est inférieure à 9, entraîne la non-admissibilité du candidat.

Il est ouvert un concours d'admissibilité en vue de l'emploi de médecin-adjoint actuellement vacant à la Clinique nationale ophthalmologique de l'Hospice national des Quinze-Vingts.

Les opérations du concours auront lieu à l'*Hôtel-Dieu*, dans l'amphithéâtre DU PUYTREN, le *vendredi 25 octobre prochain et jours suivants*.

La première épreuve (*composition écrite*) sera subie le 25 octobre à 9 h. 1/2 du matin.

L'heure de chaque épreuve subséquente sera fixée ultérieurement par le Jury et annoncée par voie d'affiche tant à l'Hospice national des Quinze-Vingts qu'à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu.

Les candidats pourront adresser leur demande au Ministère de l'Intérieur (Direction de l'Assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès), jusqu'au 25 septembre *inclusivement*. Cette demande devra être accompagnée des pièces-ci-dessus indiquées.

Les résultats du concours et le classement des candidats devront faire l'objet d'un procès-verbal, qui, accompagné des compositions écrites, sera transmis au ministre de l'Intérieur par les soins du directeur de l'Hospice national des Quinze-Vingts.

Le premier jury fut composé de MM. le professeur Panas, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, président; le professeur Gariel, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine; Delens, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux; Chauvel, professeur au Val-de-Grâce, président de la Société d'ophtalmologie de Paris; Trousseau, médecin de la Clinique des Quinze-Vingts. Le concours s'est terminé le 30 octobre par la nomination de M. le Dr Kalt.

Il importait de faire profiter autant que possible les élèves qui venaient à la Clinique des nombreuses ressources offertes par cet établissement. Aussi, dès le mois de novembre 1888, un enseignement fut créé et régulièrement suivi. M. le Dr Abadie fit pendant le semestre d'hiver, le mardi de chaque semaine, un certain nombre de leçons sur des sujets variés.

Voici les titres des conférences faites par le Dr Trousseau :

THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

Ces leçons ont été réunies en un volume paru récemment.

Notions générales de thérapeutique oculaire.

Le bandeau en ophtalmologie.

Blépharites.
Orgeolets.
Conjonctivites en général.
Conjonctivite purulente.
Conjonctivite granuleuse.
Kératites.
Iritis.
Sclérite.
Glaucome.
Affections des voies lacrymales.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

Cours pratique avec exercice des élèves. Cinq séries d'élèves ont été successivement exercées aux opérations sur les yeux de cochon.

SUJETS VARIÉS.

Choix pratique des verres de lunettes.
Opportunité de l'opération de la cataracte.
L'œil brightique.
L'œil tabétique.
Le strabisme.

Les conférences de M. Chevallereau ont porté sur les sujets suivants :

Exploration des milieux de l'œil.
Théorie de l'ophtalmoscope.
Observation du fond de l'œil à l'ophtalmoscope.
Cataractes.
Maladies du nerf optique.
Névrite rétro-bulbaire.
Atrophie de la papille.
Anatomie de la rétine.
Des rétinites.
Rétinite albuminurique.

Rétinite pigmentaire.
Embolie de l'artère centrale de la rétine.
Glaucome.
Choroïdite purulente.
Amblyopies.
Hémiopie. — Amaurose. — Simulation.
Ophthalmie sympathique.
Migraine ophthalmique.
Œil et utérus.
Corps vitré et ses maladies.

Voici maintenant les titres des conférences de M. Valude :

Lois de la réfraction.
Verres de lunettes. — Numérotage. — Réfraction statique de l'œil réduit.
Étude de l'angle γ . — Champ du regard. — Périoptométrie.
Emmétropie. — Myopie. — Hypermétropie.
Accommodation.
Variations de l'accommodation. — Presbyopie.
Convergence. — Asthénopies.
Détermination de la réfraction. — Méthodes subjectives.
— Optomètres.
Méthodes objectives. — Kératoscopie.
Astigmatisme régulier.
Astigmatisme irrégulier.
Photométrie. — Chromatoptométrie.

Ces conférences ont repris le 15 novembre 1889 et les quatre médecins de la Clinique se sont partagé le programme de manière à faire passer en un an sous les yeux des élèves toute la pathologie oculaire. Voici la distribution du programme :

Maladies des paupières, de la conjonctive et de l'appareil lacrymal, D^r CHEVALLEREAU, le samedi, à 2 heures.

Maladies de la cornée, de la sclérotique, de l'iris et de l'orbite, D^r VALUDE, le jeudi, à 2 heures.

Maladies du cristallin et des membranes internes de l'œil, ophtalmoscopie, D^r TROUSSEAU, le vendredi, à 2 heures.

Maladies des muscles de l'œil, réfraction, D^r KALT, le lundi, à 2 heures.

En outre, le mercredi de chaque semaine, les médecins de la Clinique présentaient et discutaient ensemble devant les élèves les malades intéressants de leurs services.

Les remaniements qui ont eu lieu dans les services depuis la mort de Fieuzal et surtout les changements trop fréquents, au début du moins, dans le personnel des aides, sont la cause pour laquelle nous ne pouvons donner dans le bulletin qu'une statistique peu détaillée des malades observés et opérés à la Clinique pendant ces deux dernières années. Au contraire, dans le bulletin de l'année 1891, la statistique, au moins celle des opérations, sera faite en détail pour chaque service en particulier.

Voici ces statistiques dues à l'économe de l'hospice, M. Trouillard, que nous ne saurions trop remercier de son zèle si intelligent et de son dévouement continu.

**ÉTAT INDIQUANT PAR MOIS ET PAR TRIMESTRE LE MOUVEMENT DES MALADES EXTERNES
TRAITÉS A LA CLINIQUE NATIONALE EN 1888.**

MOIS	NOMBRE de jours de consultation	MALADES		TOTAUX		RAPPEL DU NOMBRE DES MALADES traités en						
		Nouveaux	Anciens	par mois	par trimestre	1881	1882	1883	1884	1885	1886	1887
Janvier.....	26	784	2637	3421	10071							
Février.....	24	706	2360	3066		5256	7614	7948	9671	11242	10085	10077
Mars.....	27	754	2830	3584								
Avril.....	24	886	2387	3273	11561							
Mai.....	25	1083	2982	4065		6391	7957	8422	10766	12607	12431	11505
Juin.....	26	1004	3219	4223								
Juillet.....	24	976	3118	4094	12983							
Août.....	26	1089	3335	4424		6309	7209	8692	10699	15478	12568	12463
Septembre..	25	1049	3416	4465								
Octobre.....	27	1072	3687	4759	12659							
Novembre...	25	987	3117	4104		7847	6018	8059	10440	12781	10392	10392
Décembre...	25	885	2911	3796								
TOTAUX ...	304	11275	35999		47274	27064	24798	33121	41566	52108	45476	44262

Total général pour les sept années antérieures : 272,395

MOUVEMENTS, PAR DÉPARTEMENTS, DES

DÉPARTEMENTS	Nombre de malades admis à l'internat				TOTAL	DÉPARTEMENTS	Nombre de malades admis à l'internat				TOTAL
	1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre	4 ^e trimestre			1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre	4 ^e trimestre	
Aisne.....	3	1	3	2	9	<i>Report</i>	108	162	106	110	486
Algéri	1	»	»	»	1	Vienne.....	3	4	3	4	14
Allier.....	5	7	10	11	34	Yonne.....	6	12	12	9	39
Aube	13	7	6	8	34	Seine	144	156	189	257	746
Cantal.....	3	1	»	1	5	Total général..	<u>261</u>				
Charente-Infér...	1	»	»	»	1	Résumé :					
Cher.....	1	12	4	3	20	Hommes ...	150				
Corrèze.....	1	7	»	»	8	Femmes....	97				
Doubs.....	1	3	1	»	5	Enfants....	14				
Eure-et-Loir...	5	4	6	2	17	Totalégal.	<u>261</u>				
Gard.....	1	»	»	»	1	Journées de prés.	2828				
Haute-Garonne..	1	»	»	»	1	Moy. indiv. 10 j.	83				
Loir-et-Cher....	2	2	5	2	11		100				
Loiret.....	1	2	6	5	14	Ariège		1			
Lot.....	1	»	1	3	5	Aveyron.....		1			
Lot-et-Garonne..	1	»	»	2	3	Calvados.....		1			
Maine-et-Loire...	1	»	»	»	1	Côte-d'Or.....		3			
Manche.....	3	3	2	»	8	Côtes-du-Nord...		2	2		
Marne	6	5	6	3	20	Creuse.....		1	1		
Haute-Marne....	1	4	4	»	9	Eure.....		2	2		
Mayenne.....	2	2	3	1	8	Ille-et-Vilaine ...		2	1		
Morbihan	2	9	3	3	17	Indre		3	5		
Nièvre.....	6	18	6	6	36	Indre-et-Loire ..		1	»		
Oise.....	4	15	11	9	39	Meuse		1	3		
Orne.....	4	8	3	6	21	Somme.....		3	6		
Hautes-Pyrénées.	3	»	»	»	3	Vendée.....		1	»		
Haute-Saône....	2	7	1	1	11	Total général..		<u>356</u>	<u>330</u>		
Sarthe.....	1	1	3	1	6	Résumé :					
Seine-Inférieure .	1	3	»	2	6	Hommes ...	187				
Seine-et-Marne..	19	22	12	22	75	Femmes....	143				
Seine-et-Oise....	11	19	9	16	55	Enfants....	26				
Deux-Sèvres.....		»		1	3	Totalégal.	<u>356</u>				
<i>A reporter</i>	108	162	106	110	186	Journées de prés.		3615			
						Moy. ind. 10 j.	15				
							100				

MALADES ADMIS A LA CLINIQUE EN 1888.

DÉPARTEMENTS	Nombre de malades admis à l'internat				TOTAL	MALADES	
	1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre	4 ^e trimestre		Externes ayant reçu des soins à la Clinique Nationale	
Report.....			330	402	1349		
Ardenues.....			1		1		
Finistère.....			3	1	4		
Indre-et-Loire...			2		2		
Jura.....			1		1		
Loire.....			1		1		
Loire-Inférieure.			1		1		
Nord.....			2		2		
Pas-de-Calais....			2		2		
Puy-de-Dôme...			1		1		
Vosges.....			2	2	4		
Total général..			346				
Résumé.....							
Hommes... 159							
Femmes... 157							
Enfants... 30							
Total égal.. 346							
Journ. de prés...			2951				
Moy. ind. 8 j. $\frac{52}{100}$							
Haute-Loire.....				4	4		
Saône-et-Loire..				1	1		
Totaux génér..	261	356	346	410	1373		
Résumé							
Hommes... 206							
Femmes... 167							
Enfant... 37							
Journ. de prés..			3167				
Moyen à indiv..			$7j. \frac{72}{100}$				

CLINIQUE EXTERNE

1^{er} Trimestre

Malades. $\left\{ \begin{array}{l} \text{Nouveaux. 2.244} \\ \text{Anciens... 7.827} \end{array} \right\} 10.071$

Moyenne journalière des consultations :
130 77/100

2^e Trimestre

Malades. $\left\{ \begin{array}{l} \text{Nouveaux. 2.973} \\ \text{Anciens... 8.588} \end{array} \right\} 11.561$

Moyenne journalière des consultations :
154 14/100

3^e Trimestre

Malades. $\left\{ \begin{array}{l} \text{Nouveaux. 3.114} \\ \text{Anciens... 9.869} \end{array} \right\} 12.983$

Moyenne journalière des consultations :
173 1/10

4^e Trimestre

Malades. $\left\{ \begin{array}{l} \text{Nouveaux. 2.944} \\ \text{Anciens... 9.715} \end{array} \right\} 12.659$

Moyenne journalière des consultations :
164 40/100

RÉSUMÉ DE L'ANNÉE 1888

1^o Clinique interne.

Le nombre des malades admis à la Clinique nationale en 1888 a été de 1373 se divisant comme il suit :

Hommes.....	702
Femmes.....	564
Enfants.....	107
Total.....	1373

Le nombre des départements ayant envoyé des malades se faire opérer à la Clinique pendant l'année 1888 s'élève à 59.

Le nombre des journées de présence ayant été de 13561, la moyenne de présence s'est donc élevée à 9 jours $\frac{87}{100}$

2^o Clinique externe.

Malades nouveaux.....	11.275
— anciens.....	35.999
Total des consultations en 1888.....	47.274

Le nombre de consultations ayant été de 304, la moyenne ressort donc à 155 $\frac{50}{100}$

**ÉTAT INDIQUANT PAR MOIS, PAR TRIMESTRE ET PAR ANNÉE LE MOUVEMENT
DES MALADES TRAITÉS A LA CLINIQUE.**

1 ^o Dans le cours de l'année 1889.										2 ^o de 1880 à 1889						
MOIS.	NOMBRE de jours de consultations	MALADES		TOTAUX		1881	1882	1883	1884	1885	1886	1887	1888	1889		
		Nouveaux 1889	Anciens 1889	par Mois 1889	par Trimestre 1889											
Janvier.....	26	956	3.064	4.020												
Février.....	24	940	2.808	3.748	11.743	5.226	7.764	7.948	9.671	11.242	10.035	10.077	10.071			
Mars.....	25	1.049	2.926	3.975												
Avril.....	25	1.190	2.953	4.143												
Mai.....	25	1.239	2.637	3.876	11.775	6.391	7.957	8.422	10.766	12.607	12.431	11.505	11.561			
Juin.....	24	1.203	2.553	3.756												
Juillet.....	27	1.232	2.804	3.876												
Août.....	26	1.304	2.654	3.958	11.586	6.609	7.209	8.592	10.692	15.478	12.568	12.463	12.983			
Septembre.....	25	1.252	2.340	3.592												
Octobre.....	27	1.310	2.544	3.854												
Novembre.....	25	1.087	2.804	3.891	10.660	7.147	6.018	8.059	10.440	12.781	10.392	10.217	12.059			
Décembre.....	25	804	2.411	2.915												
TOTAUX	304	13.566	32.198		45.764	27.064	28.798	33.121	41.566	52.108	45.476	44.262	47.274			

Total général : 305,433.

MOUVEMENTS, PAR DÉPARTEMENTS, DES

DÉPARTEMENTS	Nombre de malades admis.				TOTAL	DÉPARTEMENTS	Nombre de malades admis.				TOTAL
	1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre	4 ^e trimestre			1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre	4 ^e trimestre	
Aisne.....	6	3	2	3	14	Report.....	280	339	274	270	1.163
Allier.....	4	10	9	5	28	Seine-Inférieure..	1	»	1	2	4
Aube.....	3	10	8	8	29	Seine-et-Marne...	19	16	17	19	71
Cher.....	2	6	2	6	16	Seine-et-Oise...	18	18	21	15	72
Corrèze.....	1	»	»	2	3	Deux-Sèvres.....	1	3	1	3	8
Côtes-du-Nord...	1	2	3	2	8	Somme.....	11	1	7	2	21
Creuse.....	1	1	4	»	6	Vaucluse.....	1	»	»	»	1
Drôme.....	1	»	»	»	1	Vienne.....	2	3	7	4	16
Eure.....	2	4	5	3	14	Vosges.....	1	1	2	»	4
Eure-et-Loir....	8	6	8	4	26	Yonne.....	8	14	18	29	69
Indre.....	1	3	1	3	8	Total...	342				
Jura.....	1	»	1	»	2	Résumé :					
Loir-et-Cher.....	1	2	4	2	9	Hommes.... 186					
Loire-Inférieure..	1	»	»	»	1	Femmes.... 127					
Loiret.....	5	7	5	11	28	Enfants.... 29					
Lot-et-Garonne..	1	»	1	»	2	Total égal. 342					
Lozère.....	1	»	»	2	3	Journ. d. présen. 2718					
Manche.....	1	3	1	2	7	Moyenne indiv. d. 7j. $\frac{94}{100}$					
Marne.....	5	6	5	4	20	Ardennes.....		3	3	3	9
Meuse.....	3	2	4	2	11	Aveyron.....		1	»	2	3
Morbihan.....	4	6	»	1	11	Cantal.....		2	3	1	6
Nièvre.....	7	2	7	2	18	Cote-d'Or.....		4	3	2	9
Nord.....	2	»	3	5	10	Doubs.....		2	1	2	5
Oise.....	17	21	10	7	55	Ille-et-Vilaine...		4	1	8	13
Orne.....	12	6	3	5	26	Lot.....		4	»	1	5
Pas-de-Calais...	1	5	»	1	7	Maine-et-Loire..		2	»	»	2
Puy-de-Dôme...	1	»	»	»	1	Haute-Marne...		4	»	2	6
Haute-Saône.....	1	5	4	3	13	Mayenne.....		4	2	2	8
Sarthe.....	1	3	2	6	12	Hautes-Pyrénées.		1	»	»	1
Savoie.....	1	»	»	»	1	Garn.....		1	»	»	1
Seine.....	184	226	181	182	773	Hommes.... 194		429	368	367	1506
	280	339	274	270	1163	Femmes.... 193					
						Enfants.... 42					
						Total..... 429					
						Journ. de présen. 3643					
						Moyenne indiv. d. 8j. $\frac{49}{100}$					

MALADES ADMIS A LA CLINIQUE EN 1889

DÉPARTEMENTS	Nombre de malades admis.				TOTAL	MALADES Externes ayant reçu des soins à la Clinique Nationale	
	1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre	4 ^e trimestre			
<i>Report</i>			368	367	1506	CLINIQUE EXTERNE	
Ariège.....			1	»	1		
Corse.....			3	»	3		
Finistère.....			1	2	3		
Meurthe-et-Mos..			2	»	2		
Saône-et-Loire ..			1	1	2	1 ^{er} Trimestre Malades. } Nouveaux. 2.945 } 11.743 Anciens... 8.798 } Moyenne journalière des consultations : 156 57/100	
Algérie			1	»	1		
Total			377			2 ^e Trimestre Malades. } Nouveaux. 3.632 } 11.775 Anciens... 8.143 } Moyenne journalière des consultations : 159 12/100	
Hommes.... 183							
Femmes.... 144							
Enfants 50							
Total. 337							
Journ de présen.			3.329			3 ^e Trimestre Malades. } Nouveaux. 3.788 } 11.586 Anciens... 7.798 } Moyenne journalière des consultations : 148 44/100	
Moyenne individ.			8 ⁸³ / ₁₀₀				
Savoie.....				1	1		
Total			371	1519			
Hommes.... 206						4 ^e Trimestre Malades. } Nouveaux. 3.197 } 10.660 Anciens... 7.463 } Moyenne journalière des consultations : 142 13/100	
Femmes.... 127							
Enfants.... 38							
Total.. 371							
Journ. de présen.			3093				
Moyenne individ.			9j. ¹³ / ₁₀₀				

STATISTIQUE GÉNÉRALE DE LA CLINIQUE NATIONALE
POUR L'ANNÉE 1889

1^o CLINIQUE INTERNE

Opérés hospitalisés. Le nombre des malades admis à la Clinique nationale dans le cours de l'année 1889 a été de 1519 se divisant comme il suit :

Hommes	769
Femmes.....	591
Enfants.....	159
Total égal.....	1519

Soit 146 de plus qu'en 1888.

Nombre de journées. Le nombre des journées de présence ayant été jusqu'au 31 décembre de 13383, la moyenne de présence s'élève donc à 8 jours 81/100.

Moyenne de séjour. Le nombre des départements ayant envoyé des malades se faire opérer à la clinique s'élève pour l'année 1889 à 60.

2^o CLINIQUE EXTERNE

Nombre de malades. Le nombre des malades qui se sont présentés à la consultation pendant l'année 1889 s'élève à 45764 se divisant comme il suit :

Malades	{	nouveaux	13566	}	45764
		anciens	32198		

Nombre de jours de consultation. Le nombre des jours de consultation s'élève pour l'année 1889 à 304 ce qui constitue une moyenne journalière de 150 53/100.

Moyenne journalière Les 13566 malades nouveaux de l'année doivent être répartis de la manière suivante :

Malades nouveaux. Service Trousseau, 6780 pour 154 jours de consultation, soit une moyenne journalière de 44.

Service Chevallereau, 6786 pour 150 jours de consultation, soit une moyenne journalière de 45.

Comparaison avec l'année 1888. Dans l'année 1888, le nombre des malades nouveaux avait été de 11275. Il y a donc en faveur de 1889 une différence de 2291.

1° Clinique interne

Statistique des malades hospitalisés à la Clinique Nationale depuis sa fondation jusqu'au 31 Décembre 1889

CATÉGORIES des MALADES	ANNÉES									TOTAUX généraux
	1881	1882	1883	1884	1885	1886	1887	1888	1889	
Hommes...	219	264	3 26	449	442	512	612	702	769	4.295
Femmes...	106	190	214	262	303	378	458	564	591	3.066
Enfants...	24	22	39	31	59	69	92	107	159	602
Totaux..	349	476	579	742	804	959	1.162	1.373	1.519	7.963

Renseignements divers

Le nombre des journées de traitement pour les 7,963 malades ci-dessus, s'est élevé à 87,126 ce qui constitue une moyenne individuelle de 10 jours 94/100.

Le nombre des départements ayant envoyé des malades se faire opérer à la Clinique du 1^{er} Janvier 1881 au 1^{er} Janvier 1890 s'élève à 83.

2° Clinique externe

Statistique des malades non-hospitalisés traités à la Clinique Nationale depuis sa fondation Jusqu'au 31 Décembre 1889.

ANNÉES	CONSULTANTS	CONSULTATIONS	OBSERVATIONS
1881	6.412	27.064	
1882	7.908	28.798	
1883	8.070	33.121	
1884	8.757	41.566	
1885	9.332	52.108	
1886	9 801	45.476	
1887	10.190	44.262	
1888	11.275	47.274	
1889	13.566	45.764	
Total....	85.311	365.433	

Renseignements divers

1° Les 85,311 malades traités à la Clinique et non hospitalisés, depuis son ouverture jusqu'au 1^{er} Janvier 1890, ont donné lieu à 365,433 consultations.

2° Le total général des individus internes ou externes traités à la Clinique Nationale a donc été jusqu'au 1^{er} Janvier 1890 de : 93,274 et celui des consultations pour les deux catégories réunies de 452,559.

Tableau des opérations faites à la Clinique Nationale de 1881 à 1889.

NOMBRE D'OPÉRATIONS ET CATÉGORIES		ANNÉES										TOTAUX
NATURE des OPÉRATIONS		1881	1882	1883	1884	1885	1886	1887	1888	1889		
1	Cataractes.....	228	306	273	368	355	459	518	601	623	3.731	
2	Iridectomie.....	111	111	119	150	143	154	148	288	268	1.522	
3	Sclérotomies.....	16	5	8	14	29	12	37	26	18	165	
4	Opération de Semisch.....	2	2	4	4	2	3	1	26	9	27	
5	Paracentèses.....	27	18	20	11	58	53	42	29	18	276	
6	Excision de staphylomes.....	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
7	Enucléations.....	45	71	62	77	108	97	128	128	103	819	
8	Transplantation ciliaire.....	5	4	13	9	4	1	11	19	23	89	
9	Sutures de Gaillard.....	11	3	15	6	18	20	31	52	57	213	
10	— Snelten.....	28	27	36	44	25	12	6	3	14	90	
11	Ténotomies.....	28	27	36	44	36	82	85	141	165	694	
12	Péritomies.....	3	2	4	3	3	2	2	2	23	42	
13	Dissections.....	15	12	32	46	20	80	60	74	93	432	
14	Iritomies.....	6	9	17	30	25	17	32	45	56	237	
15	Capsulotomies.....	10	8	4	30	25	13	9	1	3	48	
16	Exirpation de tumeurs.....	»	9	14	16	56	82	154	178	189	700	
17	Cautérisations.....	»	9	5	37	62	97	66	92	113	481	
18	Opération du symblépharon.....	»	3	3	2	3	6	7	3	12	27	
19	Incision cruciale, exentération.....	»	3	1	4	14	17	15	14	11	79	
20	Excision de l'iris.....	»	6	1	4	3	44	25	76	54	206	
21	Tatouage de la cornée.....	»	1	4	3	18	9	18	17	7	77	
22	Ablations de pterigion.....	»	1	4	4	9	9	3	12	18	52	
23	Tarsorrhaphie.....	»	3	3	2	8	5	13	10	9	53	
24	Entropion et ectropion.....	»	3	3	6	3	8	9	16	26	70	
25	Résection de nerfs.....	»	»	»	3	7	3	3	3	3	13	
26	Voies lacrymales.....	260	298	421	545	388	390	255	222	314	3.053	
27	Opérations diverses.....	»	6	8	5	34	76	111	133	153	586	
Total.....		798	917	1.094	1.408	1.412	1.739	1.782	2.180	2.385	13.725	

Total général..... 13,275 opérations.

Total général..... 13,275 opérations.

NOTES DE PRATIQUE OPÉRATOIRE

par le Dr A. Trousseau.

Ces quelques notes sans prétention ont pour but de consigner un certain nombre d'observations qui m'ont été suggérées par ma pratique opératoire. Je dirai quels procédés m'ont paru supérieurs, quelles modifications aux méthodes admises j'ai cru devoir adopter.

ANTISEPSIE

Pour la réaliser, je me sers d'une solution de sublimé à 1 pour 2.000.

Après bien des essais, bien des tâtonnements, je me suis définitivement arrêté à l'emploi de ce liquide. Je n'ai pu m'en repentir puisqu'en 13 mois je n'ai eu à déplorer qu'une seule suppuration de la plaie cornéenne après l'extraction de la cataracte. Ici théorie et pratique sont parfaitement d'accord pour recommander l'usage d'une solution assez concentrée de sublimé. Les intéressantes recherches de Weeks viennent une fois de plus de démontrer que c'est l'antiseptique par excellence pourvu qu'on l'emploie à dose suffisante. D'après lui, une solution à 1 pour 500 détruit le *staphylococcus pyogenes*, pris comme type, en 10 secondes et une solution à 1 pour 2.000 en 80 secondes, c'est suffisant pour asepsier le terrain opératoire.

Le liquide est projeté dans l'œil à l'aide d'un laveur dont le jet est promené dans les culs-de-sac et sur les paupières retournées; auparavant toute la région périorbitaire a été irriguée avec la même solution.

J'ai entendu reprocher au sublimé d'être irritant et douloureux. J'avais, en effet, remarqué cet inconvénient alors que je me servais de solutions alcoolisées telles que sont toutes les solutions pour lesquelles on ne fait pas de recommandation spéciale. J'ai eu l'idée de faire préparer un liquide exempt de toute trace d'alcool et je n'ai plus rencontré

d'effets nocifs. Je reste convaincu que l'action irritante tient, non au sublimé, mais à la présence de l'alcool.

Mes instruments sont toujours placés sur un plateau de verre contenant de l'alcool à 90° qui, d'après Weeks, détruit les germes en 20 à 30 secondes. Il faut les égoutter avant de les approcher de l'œil, quelques gouttes d'alcool tombant entre les paupières produiraient rougeur et douleur suivies de chémosis.

Je me suis décidé à abandonner les pansements humides et à les remplacer par des pansements secs. Une rondelle de lin au sublimé sortant de l'étuve et recouverte de coton antiseptique immédiatement extrait de l'autoclave, tel est, à mon avis, le pansement idéal maintenu par une légère bande de tricot.

CATARACTE

Je pratique cette opération sans le secours de l'écarteur et de la pince à fixer; jamais je n'ai observé du fait de cette méthode, le moindre incident. Le procédé est très sûr, grâce à lui aucune pression n'est exercée sur le globe oculaire qui ne soit indispensable. J'ai indiqué dans le travail précédent (Intervention opératoire dans les luxations du cristallin), les raisons qui m'ont fait abandonner l'emploi de l'écarteur. J'ai dit que mon index gauche seul suffisait à empêcher l'œil de se dérober devant la ponction et encore me passé-je fréquemment de son concours, pratiquant ponction, contre-ponction et incision sans aucune fixation et obtenant ainsi des sections parfaitement nettes et régulières. Au lieu de confier la paupière supérieure à un aide, j'écarte encore les deux voiles palpébraux entre le pouce et l'index gauches placés aux deux extrémités du diamètre vertical de la cornée et servant ainsi d'écarteurs et de fixateurs.

J'emploierais la pince à fixer chez un malade très indocile qui persisterait à ne pas vouloir regarder en bas (je fais la section en haut), mais il ne m'arrive pas d'être réduit à cette extrémité une fois sur 30; lorsque j'y suis contraint, je me sers de la pince à mors de caoutchouc sans arrêt.

. Si je dois faire l'iridectomie, je confie la paupière supérieure à un aide.

Je repousse l'emploi de la pince parce qu'elle irrite toujours la conjonctive, la déchire souvent et presse sur le globe d'autant plus que le malade remue l'œil davantage. Les opérations doivent être simplifiées et les outils, souvent agents d'infection, réduits à un nombre strictement utile à la facilité et à la régularité de l'acte opératoire.

Si le malade remue lorsque le couteau est dans la plaie, j'utilise ses mouvements pour la confection de ma section et j'ai remarqué que tous les mouvements du patient, sauf celui de regarder brusquement en haut, favorisent l'exécution de la section ; la cornée vient d'elle-même se couper sur le couteau convenablement dirigé.

Si l'opéré regarde vivement en haut, j'arrête ma section et je ne la reprends que lorsqu'il a bien voulu donner à son œil la direction voulue.

Grâce à cette méthode, les mouvements intempestifs du malade ne sont plus dangereux puisque rien ne presse sur l'œil qui ne peut se heurter à un obstacle quelconque et que la paupière supérieure peut toujours être lâchée et venir fermer efficacement la plaie.

Ce n'est pas un des moindres avantages de la cocaïne que de nous permettre l'adoption de ces procédés simplifiés.

Vais-je traiter la question de l'opération avec ou sans iridectomie ? Que le lecteur se rassure, je me bornerai à indiquer que je professe à ce sujet un grand éclectisme. Je ne coupe pas de parti pris l'iris ; s'il paraît devoir rester en bonne place, je le conserve et je panse avec un peu de pommade à l'ésérine ; s'il montre des tendances fâcheuses je le résèque. Aussi ai-je assez rarement des hernies de l'iris, mais j'en ai encore quelquefois, malgré ma conduite qui devrait me mettre à l'abri de cette ennuyeuse complication.

Je pratique mes opérations secondaires le plus tard possible quand l'œil a repris une stabilité parfaite.

Pour la discision que je réserve aux cas où il n'existe qu'une mince trabécule, je fais une ponction au niveau du

limbe scléro-cornéen avec une aiguille anglaise très fine, puis j'introduis par une plaie infiniment petite, bien à plat, le kystitome que je promène retourné sur la trabécule. Ainsi il m'arrive souvent de conserver assez d'humeur aqueuse pour avoir une grande facilité d'évolution dans la chambre antérieure.

Dès que la partie à lacérer présente quelque épaisseur, je remplace la discision par une extraction avec la pince à griffes.

Si la membrane est tant soit peu dense et adhérente à l'iris, je préfère à toutes manœuvres la section avec les pinces-ciseaux de Wecker.

J'enlève très volontiers à la curette les cataractes calcaires, liquides, morganiennes, à capsules épaisses, et certaines variétés de cataractes congénitales. Toutes les fois qu'il y a altération de la zonule, tremblotement de l'iris, mobilité du cristallin, je me sers du même instrument. Je ne partage pas les craintes que quelques-uns éprouvent au sujet de cette méthode.

Les pinces à griffes m'ont rendu les plus grands services pour l'extraction des cataractes congénitales réduites à des feuillets capsulaires, mais à condition de faire précéder leur emploi de l'iridectomie. Dans le même but j'ai souvent utilisé avec succès le simple kystitome.

STRABISME (*avancement*)

Je n'emploie plus que l'avancement capsulaire du D^r de Wecker à qui je dois de brillants résultats, depuis que j'ai appris à le comprendre et à l'exécuter régulièrement.

ÉNUCLÉATION

Comme tous les opérateurs, je détache en dernier lieu le droit externe, mais au lieu de le sectionner au ras de la sclérotique, j'en conserve une petite portion qui sert de point de prise à la pince pour luxer l'œil. Ceci supprime l'emploi des cuillers spéciales, aussi bien que l'introduction des ciseaux ou du doigt sous le globe, procédés qui ont été recommandés pour favoriser cette luxation.

Cette petite manœuvre a déjà été conseillée, je crois ; je ne sais qui en fut le promoteur.

PTÉRYGION.

J'ai adopté un mélange de plusieurs procédés connus. Avec la pince à griffes, je soulève le col étranglé bientôt dans un fil de soie, qui me servira à exercer d'abord une traction sur la tête que je détache ainsi aisément avec un fin couteau à cataracte, puis à rejeter le corps en arrière. Je cautérise ensuite le point d'implantation sur la cornée avec le galvano-cautère ; puis, au-dessus et au-dessous du lieu occupé par le col et la portion antérieure du corps, je dissèque la face profonde de la conjonctive dont les bords mobilisés sont unis par un point de section. Je termine, en réséquant toute portion du corps qui fait saillie. Voici trois années que j'agis ainsi et je n'ai pas vu de récurrence. Il est vrai que je n'ai guère suivi qu'un tiers des opérés ; les autres ne sont pas revenus au rendez-vous.

TRICHIASIS.

Très beaux et durables résultats, quand il n'y a pas d'altération du tarse avec le procédé qui consiste à dédoubler dans l'étendue voulue le sol ciliaire et à faire tomber sur chaque extrémité de l'incision transversale, une petite incision verticale qui permet avec des sutures sous-cutanées musculaires de relever le lambeau quadrangulaire ainsi obtenu de la quantité désirée. On doit toujours exagérer la correction. Après guérison peu ou pas de cicatrices.

DACRYOCYSTITE.

Qui n'a été désespéré de la résistance de certaines dacryocystites fongueuses produisant malgré cathétérisme injections, voire même destruction du sac, une intarissable suppuration ? Tous les tissus sont malades, muqueuses, os, périoste.

Dans des cas analogues, j'ai obtenu la guérison en ouvrant le sac par une large incision, en dépassant grandement les limites et me permettant de gratter et d'enlever toutes les fongosités avec une curette assez grosse. Ce grattage pour être

efficace, doit entamer, non seulement les parties molles, mais encore le périoste et les os. On panse ensuite avec des mèches de gaze iodoformée destinées à régulariser la cicatrisation, qui doit se faire du fond vers la surface. Inutile de dire que drains et injections peuvent être employés.

CANTHOPLASTIE.

Elle peut être exécutée à blanc, régulièrement, largement et rapidement, grâce à l'emploi des pinces spéciales que j'ai fait construire chez Colin. Nul ne contestera le précieux avantage que donne la possibilité d'exécuter cette opération sans perdre de sang et avec précision.

J'ai fait faire des pinces hémostatiques dont les mors sont inclinés sur les tiges presque à angle droit et fenêtrés. Ces mors doivent être assez étroits et allongés.

L'opérateur place une pince au-dessus, l'autre au-dessous de la commissure externe, les mors embrassant peau et conjonctive et laissant libre la partie de la commissure qui continue directement la fente palpébrale, et qu'on peut alors sectionner d'un coup de ciseaux. Les pinces étant portées en haut et en bas, la commissure s'écarte, le fil médian est passé et l'hémorrhagie ainsi prévenue. Il ne reste plus qu'à introduire dans les fenêtres des mors de chaque pince un fil qui prend en même temps peau et conjonctive déjà réunis par la pression et à le nouer après enlèvement des pinces.

C'est la forcipressure appliquée à la canthoplastie. On a l'avantage d'éviter l'hémorrhagie et de trouver toutes affrontées les lèvres cutanées et conjonctivales.

Ce procédé m'a été suggéré par les judicieuses observations du D^r Bonnardot, notre distingué confrère de Dijon.

L'INTERVENTION DANS LES LUXATIONS DU CRISTALLIN

par le D^r A. TROUSSEAU

Une question aussi importante que celle qui va m'occuper ne peut être résolue qu'en en basant l'étude sur un grand nombre de cas bien suivis.

Je ne veux pas discuter les opinions émises à ce sujet, elles sont connues de tous les spécialistes. Il me suffira de rappeler que plusieurs se sont montrés partisans de l'abstention, d'autres de l'emploi de moyens palliatifs, d'autres encore de procédés d'extraction plus ou moins compliqués (fixation d'Agnew, par exemple).

L'an dernier, à l'une des séances de la Société d'ophtalmologie de Paris, mon distingué confrère, le D^r Despagne, est venu protester contre l'inaction en apportant des faits probants; je me suis empressé d'abonder dans son sens en indiquant brièvement ma pratique habituelle.

Aujourd'hui, je suis en possession de 48 observations détaillées, dont la critique formera le fond de ce petit travail; toutes les vues théoriques doivent disparaître devant les affirmations des faits cliniques. Je suis partisan de l'intervention précoce chaque fois que l'état de l'œil le permet. Il y a grand avantage à agir sans timidité; la méthode radicale est la meilleure soit l'extraction à la curette de l'organe déplacé.

Devant un cristallin luxé on peut émettre deux hypothèses: ou l'œil souffre de la luxation et ses souffrances n'iront qu'en s'aggravant malgré l'emploi des procédés palliatifs (sclérotomie, etc.), ou l'œil tolère assez bien le déplacement de la lentille, mais il n'aura pas longtemps la même complaisance et on ne retrouvera peut-être pas pour agir des circonstances aussi favorables. Dans le premier cas on a la main forcée par le danger, dans le second cas, on doit être poussé vers l'acte opératoire par les circonstances dans lesquelles il peut être réalisé.

Quand cesse la cause, cesse l'effet ; je ne vois donc pas les motifs qui pourraient éloigner le chirurgien du désir de supprimer la cause nocive. Un seul serait valable, la possibilité d'augmenter la gravité de la situation par une intervention inopportune. Cette crainte est-elle légitime, je ne le pense pas. La manœuvre de l'extraction à la curette est délicate, mais tout à fait à la portée des spécialistes éduqués. Bien exécutée, elle amène très peu d'accidents ; si elle en produit, ce sont des accidents à peu près dénués de gravité ; les suites en sont généralement très simples.

Mais, me dira-t-on, le malade retire-t-il toujours un bénéfice visuel de l'opération ? Je ne le prétends pas, mais j'affirme que, même dans des cas à complications profondes, il récupérera une vision utile et que 90 fois sur 100 il aura le précieux avantage de conserver son bulbe oculaire. Parfois l'extraction est un préservatif, presque aussi puissant que l'énucléation, de la désastreuse ophtalmie sympathique ; un œil qui réagit violemment sous l'influence du déplacement de la lentille n'est pas loin de nuire à son congénère.

Peut-on éviter ce péril par d'autres moyens que l'extraction ou l'énucléation ? Non ; donc il faut extraire, puisqu'il est toujours temps d'énucléer. J'ai essayé l'extraction alors que je n'espérais pas éviter l'énucléation et j'ai eu l'heureuse surprise de voir mes efforts couronnés de succès.

Les cas que je rapporterai montreront que l'effroi engendré par la perspective des extractions de cristallins luxés ne repose sur aucun argument solide. L'issue du corps vitré pendant les manœuvres est moins fréquente qu'on ne le pensait ; les suites opératoires sont aussi simples et aussi régulières que possible.

Avant d'aller plus loin je dois donner un aperçu du procédé que j'ai adopté et qui me paraît applicable à presque tous les cas.

Je place le malade dans la position qui semble le mieux mettre son cristallin à ma portée, le plus souvent dans le décubitus dorsal sur le fauteuil *ad hoc*, quelquefois assis sur une chaise, d'autres fois couché sur le ventre, voire même la

tête en bas, mais en ceci je suis la pratique de tous. J'ai aussi rarement que possible recours à une position bizarre, le décubitus dorsal suffit à presque tous les besoins. L'opérateur, dans la nécessité de conserver toutes ses aises, toute la liberté de ses mouvements, doit rechercher l'attitude habituelle; le malade, de son côté, sera d'autant plus docile qu'il sera dans une situation plus confortable.

Je repousse de toutes mes forces l'emploi des anesthésiques qui annihilent complètement le patient dont l'intelligence peut concourir au succès de l'opération et provoquent souvent des efforts de vomissements nuisibles à la bonne coaptation de la plaie. La cocaïne n'est-elle pas là avec son merveilleux pouvoir.

L'œil bien nettoyé et cocaïnisé, je confie la paupière supérieure à un aide exercé et je fais ponction et contre-ponction sans pince à fixer, appuyant seulement l'index gauche sur le globe, en face des points de ponction pour empêcher l'œil de se dérober. Dans le limbe scléro-cornéen, je pratique une incision plutôt petite. Je ne saisis pas l'avantage que quelques-uns croient trouver dans une grande incision qui offre une large issue au corps vitré, se coapte moins bien, est plus longue à se cicatriser et augmente l'astigmatisme post-opératoire: L'incision doit être proportionnée au volume du cristallin et de l'instrument; ceci établi, elle doit être aussi petite que possible, de telle sorte que le cristallin une fois saisi puisse être amené rapidement entre les lèvres de la plaie, qu'il doit boucher, s'opposant ainsi à la sortie de l'humeur vitrée. Comme mesure j'adopte de préférence le tiers supérieur de la cornée, quelquefois un peu moins; je m'inspire des circonstances particulières.

Je fais toujours l'iridectomie: 1° pour élargir et rendre libre la porte de sortie; 2° pour éviter le froissement et la contusion de l'iris au moment de l'introduction de l'instrument et de l'issue du cristallin; 3° pour rendre le cristallin plus visible en toutes ses parties; un cristallin bien vu est un cristallin enlevé; 4° pour prévenir les hernies de l'iris rendues sans elle

presque obligatoires, la toilette de l'œil étant difficile à faire après la sortie de la lentille.

Saisissant moi-même la paupière supérieure de la main gauche j'introduis dans l'œil, de la droite, l'anse fenêtrée de Taylor que je porte rapidement près du bord inférieur du cristallin, quelquefois dessous. Puis en toute hâte, j'applique l'organe contre la face postérieure de la cornée et je l'amène au dehors par glissement. Le secret de la réussite est dans l'application vive du cristallin contre le plan résistant qui l'empêchera de se dérober, de flotter dans le corps vitré.

Je ne me presse jamais lorsque je vais à la recherche du cristallin, mais dès qu'il est saisi, je me hâte d'exécuter le mouvement en avant et d'engager la lentille dans la plaie. Cet engagement réalisé, tout danger a disparu, l'issue du corps vitré qui pourrait suivre la sortie du cristallin n'ayant qu'une importance relative. Je tiens à être maître de la paupière supérieure plutôt que de la confier à un aide, car je n'ai qu'à la laisser échapper dès que le cristallin est sorti, pour fermer la plaie.

Quand il s'agit d'une luxation dans la chambre antérieure, l'organe est placé contre le point d'appui cornéen, il faut donc prendre de grands précautions pour passer la curette derrière lui sans le déplacer.

Pourquoi ai-je préféré l'anse de Taylor à toute autre curette? Parce qu'elle réalise les conditions primordiales que je recherchais: la légèreté, la minceur, une certaine flexibilité. Elle tient peu de place dans le liquide vitré et, accompagnant le cristallin entre les lèvres de la plaie, elle n'augmente pas notablement son entrebaillement; elle est légèrement coupante par sa minceur et s'incruste volontiers dans le cristallin; elle n'entraîne pas de parcelles de corps vitré, sa courbure est très commode. J'admets l'usage de curettes pleines (lourdes et volumineuses) s'il y a des raisons de soupçonner que le cristallin se fragmentera.

Je place en haut l'incision de la cornée afin de dominer le champ opératoire et bien voir dans l'œil. Avec ce lieu d'élection l'issue du vitré est moins fréquente, car la plaie peut être

rapidement bouchée par la paupière supérieure tandis qu'une section inférieure est moins bien coaptée par la paupière inférieure qui souvent même ne la recouvre pas.

Craignant toute pression inutile sur le globe oculaire, j'ai forcément renoncé à me servir du blépharostat et de la pince à fixer. Le premier pèse toujours sur l'œil, provoque de la part du malade des mouvements réactionnels et ne peut, si besoin est, être enlevé avec assez de rapidité. Il serait remplacé par un releveur, si le patient se montrait très indocile.

Je développerai dans un autre travail (note de pratique opératoire) les raisons qui m'ont fait abandonner la pince à fixer et qui résident surtout dans la pression et les déchirements qu'elle amène.

Le lecteur, mis au courant de ma façon de faire, va pouvoir tirer profit des observations résumées dans le tableau suivant :

Nom	Etat de l'œil avant l'opération.	Particularités de l'opération	Complications post-opératoires	Durée du traitement.	Résultats.
S. François 39 ans	O. D. Cataracte dure subluxée en arrière. p. l. bonne.	0	0	8 j.	1/3 avec + 10 D.
G. Onésime 30 ans	O. D. Cataracte nucléaire luxée en arrière et en bas. p. l. centrale.	0	0	12 j.	Voit la main à 1 mètre.
L. Emile 51 ans	O. D. Cataracte luxée en arrière irido-chorio-rétinite syphilitique.	L'extraction nécessite trois introductions de l'anse de Taylor. Pas d'issue du corps vitré.	0	11 j.	1/8 avec + 10 D.
H. François 43 ans	O. G. Cataracte luxée dans le vitré. Trémulation de l'iris. Choroidite. p. l. bonne.	0	0	10 j.	1/8 avec + 10 D.
O. Valérine 59 ans	O. D. Cataracte luxée en bas et arrière. Glaucome sub-aigu. p. l. médiocre.	0	0	8 j.	Compte les doigts à 0,30 centimètres.
M. Eveline 35 ans	O. G. Luxation traumatique du cristallin transparent. Myopie. Staphylome postérieur. Hyalitis. Hypotonie.	Le cristallin ne peut être extrait. Issue considérable du corps vitré.	Réaction intense		Énucléation.

Nom	État de l'œil avant l'opération	Particularités de l'opération	Complications post opératoires	Durée du traitement.	Résultats.
T. Auguste 64 ans	O. D. Cristallin luxé en bas et en arrière. Cécité par double staphylome opaque des deux cornées.	0	0	8 j.	C. l. d. à 0,30 centimètres.
Z. Jean 21 ans	O. D. Cataracte subluxée en arrière. p. l. très médiocre.	0	0	7 j.	V. = O. le corps vitré est entièrement organisé
B. François 54 ans	O. D. Cataracte traumatique luxée en arrière. p. l. centrale.	0	0	14 j.	1/4 avec + 10 D.
G. Marguerite 11 ans	O. D. Cataracte traumatique luxée en arrière.	0	0	8 j.	1/4 avec + 11 D.
G. Pierre 12 ans	O. D. Cataracte sénile luxée en arrière.	0	0	10 j.	2/3 avec + 11 D.
B. Emile 33 ans	O. G. Cataracte luxée dans le vitré, rétinite pigmentaire. Hypotonie. p. l. médiocre.	Fragmentation du cristallin, légère issue du vitré.	0	13 j.	Voit la main à 0,20 centimètres.
Ch. Marie 72 ans	O. G. Cataracte luxée en arrière. Choroidite. p. l. très médiocre.	Légère issue du vitré.	0	12 j.	Compte les doigts à 2 mètres.
M. Zéphirine 34 ans	O. G. Luxation traumatique du cristallin dans la chambre antérieure. Irido-cyclite.	Issue du corps	Masses abondantes, Violente cyclite.		Énucléation.
B. Philippine 29 ans	O. G. Cataracte luxée en avant. Rétinite pigmentaire. Cyclite. Violentes douleurs.	Légère issue du corps vitré.	0	8 j.	V = O cessation des douleurs.
W. Jules 62 ans	O. D. Luxation traumatique en arrière d'une cataracte sénile.	0	0	9	1/3 avec + 10 D.
Victoire 8 ans	O. G. Luxation du cristallin dans la chambre antérieure. Choroidite.		0	11 j.	1/10 avec + 11 D.
Victor 9 ans	O. G. Luxation traumatique en arrière. Cyclite. Début d'ophtalmie symp. sur l'autre œil.	0	0	10 j.	2/3 avec + 10 D. etcyl. guérison de l'ophtalmie sympathique.

On me concèdera que je n'ai pas choisi les seuls cas avantageux. Il est difficile de réunir une série plus défavorable à l'intervention.

Sur 18 opérations 13 ont été pratiquées sur des yeux atteints de complications profondes, quelques-uns en pleine réaction. d'autres dans un état de désorganisation assez avancé.

Si certains malades n'ont pas retiré de bénéfice visuel de l'acte chirurgical, celui-ci n'a pas du moins aggravé leur état.

J'ai dû énucléer deux femmes après des extractions in extremis et les avoir prévenues de la nécessité où je me trouverais de sacrifier l'organe si je ne réussissais pas et, je le dis à ma décharge, j'avais réussi dans des cas analogues, comme le prouve mon tableau.

On pourrait me reprocher d'avoir opéré des individus dont l'examen me faisait pressentir un résultat visuel nul ou médiocre. J'ai le plus ordinairement agi sur la demande du malade, mais toujours de bonne grâce, persuadé que c'est toujours rendre un service que de restituer une parcelle de vision. D'autres fois l'extraction a fait cesser de violentes douleurs, n'est-ce point quelque chose ?

Contrairement à ce qu'on aurait pu prévoir, l'issue du corps vitré ne s'est produite que 6 fois sur 18, soit dans un tiers des cas. J'attribue cet heureux résultat à l'emploi de la méthode que j'ai indiquée plus haut; je crois aussi très exagérée la peur qu'on a de voir apparaître l'humeur vitrée. Une fois seulement j'ai constaté une issue considérable de liquide de nature à m'effrayer (obs. 6); on avouera que c'était difficile à éviter. Chez les cinq autres malades l'accident a eu très peu d'importance, la quantité d'humeur perdue ayant été très insignifiante.

Les suites opératoires se sont montrées très simples, sauf dans les deux cas qui ont nécessité l'énucléation; 16 fois sur 18 elles se sont passées comme après une extraction vulgaire.

La durée du traitement post-opératoire calculée sur celle du séjour du malade à la clinique a varié entre huit et quatorze jours et a été de dix à onze jours en moyenne.

Dans les cas où l'œil opéré ne présentait pas d'autres alté-

rations que la luxation, les résultats ont été superbes après des suites opératoires fort calmes (obs. 11). L'introduction de la curette ne paraît pas éveiller beaucoup la susceptibilité de l'œil en bonne santé.

Avant de terminer, j'insisterai sur une observation qui me paraît offrir un gros intérêt (obs. 18). Le malade avait à gauche une cataracte traumatique luxée qui déterminait des poussées de cyclite avec + tn. depuis deux ou trois semaines, en même temps l'œil droit se troublait, présentait de l'hyperhémie papillaire et quelques flocons du corps vitré. L'extraction eut lieu sans incident; trois jours après toute douleur avait cessé et dix jours après le malade quittait la clinique. Au bout de trois semaines la vision de l'œil opposé qui était $\frac{1}{3}$ la veille de l'opération, était remontée à 1, et il était impossible de reconnaître une altération quelconque de l'organe. Dans ce cas, l'intervention a enrayé et guéri une ophtalmie sympathique au début.

Je ne vois pas de meilleure façon de clore cette étude que de grouper les résultats obtenus.

18 malades ont été opérés, 13 ayant d'autres altérations oculaires que la simple luxation.

2 pertes irrémédiables de l'œil.

2 fois la vision a été nulle, mais dans un des deux cas il y a eu cessation de violentes douleurs.

6 fois la vue a été médiocre.

8 fois elle a été satisfaisante ou bonne.

Il y a eu 6 fois issue du corps vitré, l'accident n'a été grave que dans un cas.

Suites opératoires simples, sauf dans deux cas.

Durée du traitement post-opératoire, dix à onze jours en moyenne.

SUR L'HÉMIANOPSIE CONSÉCUTIVE A DES HÉMORRHAGIES UTÉRINES.

Par le D^r CHEVALLEREAU.

Dans aucun mémoire traitant de l'hémianopsie, dans la littérature française, nous n'avons retrouvé parmi les causes de ce phénomène les hémorrhagies utérines et de même les ouvrages d'obstétrique que nous avons pu consulter ne signalaient pas l'hémianopsie parmi les complications possibles des accouchements. Aussi nous a-t-il paru utile de publier les deux faits que nous rapportons ci-dessous. Nous ne trouvons, pour expliquer ces hémianopsies survenant à la suite d'abondantes pertes utérines, aucune théorie indiscutable, mais les faits eux-mêmes ont leur valeur et d'autres cas s'ajoutant aux nôtres éclaireront sans doute la pathogénie de ces accidents.

Voici d'abord mes deux observations :

M^{me} C..., 24 ans, m'est adressée le 19 août 1889, à la consultation de la clinique des Quinze-Vingts, par mon ami le D^r Miquel. Cette jeune femme, grande et forte, présente tous les attributs de la meilleure santé et en effet ses antécédents pathologiques sont peu fournis.

Née à Paris, d'un père et d'une mère encore très bien portants tous les deux, elle a commencé à être réglée à 14 ans et elle l'a toujours été régulièrement depuis cette époque. A l'âge de 16 ans elle a eu une atteinte de rhumatisme articulaire aigu ; trois autres atteintes de rhumatisme ont succédé à la première, mais à peu d'intervalle, car le tout n'a duré qu'un an, et depuis l'âge de 17 ans M^{me} C... n'a plus eu rien qui ressemble à des douleurs rhumatismales.

Comme autre phénomène pathologique survenu pendant sa vie de jeune fille, M^{me} C... en signale un seul, mais très singulier. Il lui arrivait assez souvent, dit-elle, de ne pas distinguer la moitié inférieure des objets ; ce trouble de la vue se montrait toujours sur un seul œil, mais tantôt le droit, tantôt le gauche ; cela durait quelques minutes. Ce phénomène pouvait rester huit jours sans revenir, puis parfois il revenait vingt fois dans la même journée. Ajoutons que cette hémianopsie se produisait surtout à l'époque des règles, quoique celles-ci ne présentassent rien de particulier. Dans l'intervalle de ces petites crises la vue reprenait toute son intégrité.

M^{me} C... s'est mariée à l'âge de 20 ans. Elle est accouchée le 2 septembre 1887 après une grossesse parfaitement normale.

Le D^r Berthiot, qui soignait la malade à cette époque, nous a donné sur ce point les renseignements suivants.

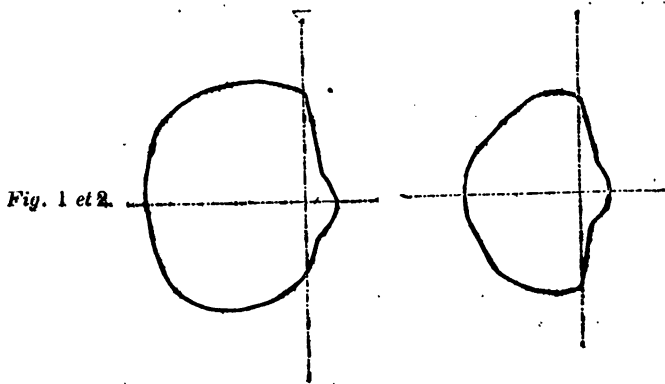
L'accouchement fut normal, mais l'extraction du placenta, adhérent, fut très difficile et s'accompagna d'une hémorrhagie considérable qui alla jusqu'à la syncope. Le sixième jour il y eut un frisson assez violent qui fit craindre des complications péritonéales, mais ce frisson ne se reproduisit pas.

Le 10^e jour, M^{me} C... fut prise d'aphasie avec perte de mémoire complète surtout pour les substantifs; cet état dura un mois. Le trouble intellectuel était tel que pendant ce temps la malade ignorait qu'elle fût mère et même qu'elle fût mariée. Elle put se lever au bout de six semaines ayant encore de l'affaiblissement de la mémoire et de la difficulté à s'exprimer.

Trois mois après son accouchement, elle eut une fièvre typhoïde classique, mais à forme adynamique grave : chose curieuse, au 2^e jour de cette fièvre typhoïde il y eut une poussée d'urticaire qui disparut rapidement pour laisser la fièvre typhoïde suivre son évolution normale.

Lorsque l'intelligence redevint nette, M^{me} C. remarqua qu'elle ne voyait pas du tout à sa droite; la moitié droite des objets lui échappait complètement. Le D^r Miquel essaya assez longtemps d'un traitement tonique puis, n'obtenant aucun résultat, il nous adressa cette malade aux Quinze-Vingts.

L'examen fonctionnel montre ce qui suit : le fonctionnement de tous les muscles de l'œil est parfaitement normal, l'examen extérieur ne



montre aucune anomalie; l'acuité visuelle est égale à 1. Le sens des couleurs est intact. En étudiant le champ visuel on obtient le dessin ci-dessous. Le champ visuel a été pris une quinzaine de fois depuis cette époque et toujours le résultat a été à peu près exactement le même et les quelques variations observées paraissent tenir, non pas à l'état réel de la

malade, mais à la position de sa tête, et peut-être au degré d'attention de l'élève qui faisait la campimétrie.

Ainsi dans les deux cas, la moitié gauche du champ visuel est à peu près normale, plutôt un peu rétrécie. La moitié droite du champ visuel n'est pas complètement atteinte, mais la vision s'arrête à 15° degrés à droite de la ligne médiane; à partir de ce point, la limite de son champ visuel est représentée par une ligne qui, pour l'œil gauche, se dirige obliquement en dehors pour rejoindre la ligne médiane à 50° en haut, à 30° en bas; pour l'œil droit, cette ligne de séparation rejoint la ligne médiane à 45° en haut, à 45° en bas. Cette ligne de séparation offre encore cette particularité que, dans le voisinage de la ligne horizontale, elle forme un arc de cercle assez régulier à concavité dirigée à gauche, tandis que plus haut et plus bas cette ligne devient à peu près droite.

Dans tout le champ visuel délimité comme ci-dessus, l'acuité est normale, en dehors de cette ligne de séparation la cécité est absolue.

L'examen ophtalmoscopique est complètement négatif: la pupille réagit fort bien à la lumière, les milieux sont très transparents, et il n'y a aucune lésion appréciable des membranes; il y a une hypermétropie légère, d'une demi-dioptrie.

M^{me} C... est très gênée par cette infirmité, elle voit très bien devant elle, elle peut sans difficulté lire, écrire et se livrer à toutes ses occupations habituelles, mais elle ne voit pas à sa droite et ne peut, par exemple, traverser seule la place de la Bastille, ni même marcher sur un trottoir dans une rue un peu fréquentée.

Voici maintenant ma seconde observation :

M^{me} R... actuellement âgée de 40 ans, a toujours joui d'une excellente santé; elle n'a eu aucune maladie pendant toute son enfance et sa jeunesse. Elle a été menstruée à 19 ans seulement, assez irrégulièrement d'abord, avec plusieurs mois de retard parfois, mais sans en éprouver aucun autre trouble.

Mariée à 24 ans, elle a eu 4 filles à 25, 26, 27, puis 34 ans, deux fausses couches, l'une à 33 ans l'autre à 38 ans, le 22 février 1888.

Lors de cette dernière fausse couche faite sans cause appréciable et à six semaines seulement, M^{me} R... eut une hémorrhagie considérable pendant 48 heures. A la suite, il y eut une perte de connaissance qui dura trois jours; pendant ce temps la malade divaguait et croyait être enterrée vivante. En effet, peu après le début de cette perte, M^{me} R. était devenue aveugle et cette cécité absolue a duré pendant trois semaines. La malade voyait cependant un peu le jour obliquement mais sans rien pouvoir distinguer, puis la vision est revenue peu à peu et au bout de trois mois la malade avait exactement l'acuité visuelle et le champ visuel qu'elle a aujourd'hui. Les notes prises à cette époque aux Quinze-Vingts concordent absolument avec celles que j'ai pu prendre moi-même le 15 mars dernier

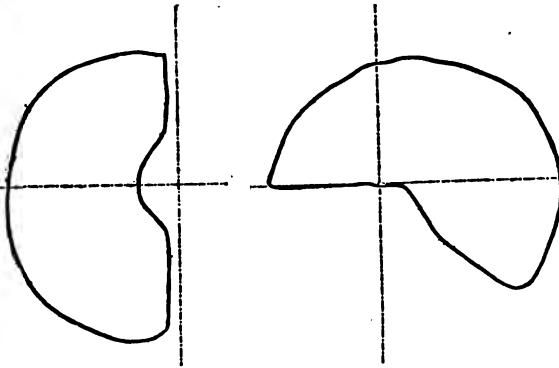
La malade d'ailleurs nous dit qu'elle n'a pas éprouvé depuis cette époque le moindre changement.

Cette femme présente une atrophie blanche des deux papilles, presque complète à gauche, partielle à droite; de ce côté la papille est un peu colorée: les gros vaisseaux ont leur calibre normal.

De l'œil gauche la malade distingue, en se plaçant très obliquement, les plus grandes lettres de l'échelle; de l'œil droit elle voit assez facilement les caractères les plus fins de l'échelle en les mettant un peu de côté. En face, comme pour l'œil gauche, il y a un scotome absolu, la malade ne voit même pas un fort bec de gaz lorsqu'elle le regarde bien en face.

Le champ visuel chez cette femme est surtout intéressant à noter. A gauche la limite de la partie conservée du champ visuel s'arrête à 5 degrés

Fig. 3 et 4.



à gauche de la ligne médiane, sauf au voisinage du point de fixation où cette ligne décrit une demi-circonférence qui reste à 20° environ en dehors de ce centre. Il y a donc pour l'œil gauche une hémipopie gauche, hémianopsie droite.

Pour l'œil droit la moitié supérieure du champ visuel est conservée, et même la ligne de séparation suit directement dans la moitié interne une ligne horizontale passant par le centre de fixation, mais dans la moitié droite, cette ligne de séparation à partir du 10° degré, suit à peu près exactement, en dehors et en bas la ligne de 135°. Il y a donc chez cette seconde malade hémipopie gauche pour l'œil gauche et hémipopie supérieure pour l'œil droit.

Ainsi, dans ces deux cas, l'hémianopsie est survenue dans des conditions à peu près identiques; dans ces deux cas, chez ces femmes d'une excellente santé, il se produit des pertes ériennes considérables, dans un accouchement normal chez la première, dans une fausse couche chez la seconde. Ces méorrhagies amènent une syncope puis une perte de connais-

sance de longue durée, et en revenant à elle, chacune s'aperçoit qu'elle a perdu une moitié du champ visuel. Dans les deux cas, les urines, examinées plusieurs fois, du moins à l'époque où j'ai observé ces malades, ont été trouvées parfaitement normales ; le cœur ne présentait aucune lésion.

Quelle peut donc être la cause de cette hémianopsie ? Chez la femme il faut toujours penser à l'hystérie, mais ici rien ne nous permet de croire à l'existence de cette affection. Ces deux femmes sont très intelligentes et rendent parfaitement compte de leurs sensations, or elles n'ont jamais présenté le moindre trouble du système nerveux sensitif ou moteur, et nos recherches à ce point de vue ont été absolument négatives.

D'autre part, quoique l'hémianopsie ait été signalée comme due à l'hystérie par divers auteurs : Briquet, Galezowski, Svy nos, Baron, l'existence de l'hémianopsie hystérique ne nous paraît rien moins que prouvée.

En effet, ces divers auteurs se bornent à des affirmations sans apporter aucun fait à l'appui de leur opinion. M. Galezowski (1) dit ceci : « J'ai rencontré l'amblyopie hystérique sous forme d'hémianopsie homonyme latérale. » Nous ne pouvons assurément mettre un instant en doute l'affirmation de notre confrère, mais nous regrettons de ne trouver aucun fait précis à l'appui.

Briquet (2) dit, dans son *Traité de l'hystérie* : « Chez quelques hystériques, l'amaurose n'intéresse qu'une partie de la rétine et le plus ordinairement l'une de ses moitiés latérales, soit la moitié externe, soit la moitié interne, et alors les malades ne voient que les objets qui peignent leur image sur son côté sain, tout un côté des corps qui se trouvent dans le champ de la vision restant inaperçu », mais il ne donne aucune observation.

Dans un article sur l'amblyopie hystérique publié par Landoit dans les *Archives de physiologie* (3), nous trouvons indi-

(1) Galezowski. *Traité des maladies des yeux*, 3^e édit., 1888. p. 572.

(2) Briquet. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1859, p. 294.

(3) Landoit. *Archives de physiologie*, 1875, p. 624.

qué comme trouble du champ visuel le rétrécissement concentrique, mais nullement l'hémianopsie.

Aristide N. Svynos, dans une thèse sur les amblyopies et les amauroses hystériques (1) indique, pages 25 et 26, l'hémioptie comme une des manifestations de l'hystérie, mais dans l'observation II à laquelle il renvoie, voici tout ce qu'il dit du champ visuel :

« *Champ visuel.* La vision centrale est conservée; le champ visuel périphérique est diminué, mais c'est surtout l'externe qui l'est considérablement. »

On nous avouera que ces détails sont bien insuffisants pour constituer une hémioptie. Le reste de cette thèse ne contient rien de plus complet à ce point de vue.

Baron (2) dit bien, d'après Galezowski, que l'hémioptie s'observe parfois dans l'hystérie, hémioptie limitée à l'œil correspondant au côté affecté, mais il se borne à cette singulière affirmation, du moins il ne fait que reproduire un passage de l'observation III de la thèse de Svynos dans laquelle il s'agit simplement de rétrécissement du champ visuel.

Cette croyance à l'existence de l'hémianopsie hystérique nous paraît donc ne reposer sur aucune base; d'autre part, l'homme le plus compétent en pareille matière, M. le professeur Charcot, n'a jamais observé d'hémianopsie chez des hystériques, ce qui suffit presque à juger la question.

Nous nous croyons donc, en l'absence de toute autre cause, autorisé à rattacher cette hémianopsie à l'accouchement et aux pertes qui l'ont accompagné. J'ai recherché s'il existait dans la science d'autres faits du même genre, jusqu'ici mes recherches dans la littérature française n'ont eu qu'un résultat nul, mais j'ai été plus heureux à l'étranger.

Dans un livre publié en latin, à Vienne, en 1781, par Trnka de Krzówitz, et intitulé : *Historia amauroseos*, j'ai trouvé, page 219, l'observation suivante :

(1) Aristide N. Svynos. Thèse de Paris.

(2) Baron. *Troubles de la vue chez les hystéro-épileptiques.* Thèse de Paris, 1878, p. 47.

Heldius rapporte dans les *Mélanges des Curieux de la nature* (Centurie 3, obs. 180) qu'une femme de 43 ans, grosse de quatre mois, ayant avorté à la suite d'un purgatif drastique, avait bu du vin de safran pour amener l'expulsion du placenta. Elle eut une hémorrhagie utérine qui dura soixante-dix jours, éprouva de la faiblesse et de fréquentes lipothymies ; sa vue s'affaiblit de jour en jour, à tel point que d'abord elle ne vit que la moitié de son mari, puis elle ne vit plus rien. On ne put constater la moindre altération dans les yeux. Le mal resta incurable. Mais bien que le flux de sang ne soit pas excessif, il amène cependant quelquefois l'amaurose, surtout chez les femmes peu de temps après l'accouchement, d'après Bartisch (*Mél. Cur. de la nat.* loc. cit.). D'après Ehme, Günz fut aussi consulté par une femme grosse, qui, peu de temps après son accouchement, avait perdu la vue.

Dans un livre publié cette année même à Wiesbaden par Salo Cohn, *Uterus und Auge* (1), je trouve résumés deux faits dus à Plüger de Berne.

Chez une femme de 31 ans, il se produisit quelques jours après un premier accouchement une hémorrhagie homonyme qui intéressait la moitié inférieure du côté droit du champ visuel ; on ne voyait aucune lésion de la papille.

Le 2^e cas concerne une jeune femme anémique de 25 ans ; trois semaines après son accouchement, temps pendant lequel elle avait soigné son enfant malade, il se produisit une hémianopsie droite des deux côtés. La limite dépassait la ligne médiane à gauche de 10°, à droite un peu plus. Ici aussi l'examen ophtalmoscopique était négatif. Quatre ans plus tard, l'état était resté le même. Sur la papille droite il n'y avait qu'une légère modification de la couleur ; la moitié interne de la papille avait une couleur gris rosé, la moitié externe était plus pâle.

Ainsi, voilà cinq cas du même genre, quoique dans les deux courtes observations de Plüger je ne trouve pas noté si l'hémorrhagie qui accompagne toujours l'accouchement a été très abondante comme dans les trois autres cas. Dans les quatre cas où la disposition du champ visuel a été indiquée, il s'agit d'hémianopsie droite, par conséquent de lésions por-

(1) Dr Salo Cohn: *Uterus und Auge*, eine darstellung der funktionen und krankheiten des weiblichen geschlechtsapparates in ihrem pathogenen einfluss auf das sehorgan, Wiesbaden, 1890.

tant sur le trajet de la bandelette optique gauche; mais quelles sont ces lésions, alors que, dans mes deux cas du moins, la santé générale de ces deux femmes est restée parfaite et qu'on ne trouve nulle part aucun autre phénomène? Je suis porté à croire que sous l'influence de la syncope prolongée qui a succédé à ces hémorrhagies utérines il s'est fait des coagulations sanguines dans les branches des artères cérébrales qui se distribuent soit à la portion, encore inconnue, de l'écorce cérébrale qui préside aux fonctions visuelles, soit plutôt à la bandelette optique gauche. Mais c'est là une simple hypothèse qui demanderait à être confirmée par de nouveaux faits.

STAPHILOME COMPLEXE DE LA CORNÉE, ALTÉRATION DE L'ÉPITHÉLIUM CORNÉEN,

Par le D^r VALUDE.

L'enfant qui fait le sujet de ce travail anatomo-pathologique a été observé dans le service de M. de Saint-Germain, à l'hôpital des Enfants-Malades, et après l'énucléation, qui nous a été confiée, nous avons pu pratiquer l'examen complet de la pièce. Cet examen nous a révélé des détails excessivement intéressants et qui peuvent jeter un jour nouveau sur l'anatomie pathologique de l'œil et même sur l'anatomie générale des tissus (1).

Voici d'abord l'histoire clinique du jeune malade :

Il s'agit d'une petite fille âgée de 25 mois, qui, dès le moment de sa naissance fut atteinte d'une ophtalmie purulente intense. Cette enfant demeura longtemps sans pouvoir ouvrir les yeux et quand on put distinguer quelque chose, vers le quatrième mois, les parents reconnurent que l'œil droit présentait une petite tumeur qui recouvrait la cornée.

Cette tumeur augmenta peu à peu de volume, et vers l'âge de un an, elle atteignait déjà l'étendue qu'elle présente aujourd'hui.

Actuellement, le segment antérieur de l'œil est occupé par un staphylome opaque, de couleur rosée, d'aspect cutané. On dirait d'un dermoïde s'il était possible de rencontrer des poils à la surface de la tumeur. Sa consistance est ferme, comme charnue. Cette tumeur, assez grosse, offre le volume et la rondeur régulière d'un grain de raisin. Elle tient par conséquent les paupières entr'ouvertes et fait saillie au dehors.

Sur l'œil gauche on remarque quelques leucomes.

(1) Les préparations de cette pièce anatomique ont été présentées au congrès ophthalmologique de Heidelberg du mois de septembre dernier (1889).

L'œil n'ayant aucune chance d'être ramené à la vision, et le staphylome étant une source constante d'irritation conjonctivale, nous pratiquons l'énucléation par la méthode ordinaire.

C'est l'examen complet de cet œil qui nous a révélé des particularités anatomiques intéressantes, lesquelles font l'objet de ce présent travail.

Examen microscopique. — Les lésions sont cantonnées dans le segment postérieur de l'œil n'offrant rien d'anormal.

Dans le segment antérieur la cornée est augmentée de courbure et développée dans tous ses méridiens ; l'espace compris entre sa courbure et la surface de l'iris est rempli par un tissu fibreux dense, très serré. On dirait que la chambre antérieure distendue est remplie par du tissu fibreux faisant corps en avant avec la cornée. L'iris déchiré a même, en certains points, déchiqueté, contracté des adhérences antérieures avec la cornée ou plutôt avec le tissu pathologique qui remplit la chambre antérieure. Plus trace de cristallin ; à la place de cet organe il existe quelques tractus blanchâtres diversement dirigés et qui semblent être les restes de la zonule de Zinn.

Examen microscopique. — Des coupes pratiquées au laboratoire de la clinique nationale des Quinze-Vingts et interprétées en collaboration avec le Dr Haensell nous ont donné les résultats suivants :

Le staphylome épais, qui figure une chambre antérieure distendue et remplie, se compose d'avant en arrière :

1° De la cornée, avec des altérations diverses de l'épithélium et de son tissu propre ;

2° D'un tissu fibreux feutré qui renferme des éléments reconnaissables pour être des fibres du cristallin.

L'iris qui se trouve en arrière et désorganisé dans la forme n'offre cependant aucune altération histologique de son tissu ; nous nous bornerons donc à étudier ici les deux parties susmentionnées.

Le tissu qui semble constitué par le cristallin dégénéré se compose essentiellement d'un stroma fibreux ordinaire avec les filaments conjonctifs feutrés et les noyaux habituels à ce

tissu. Dans l'intervalle de ces trousseaux de fibres, on remarque des îlots d'éléments allongés en forme de tubes, sans noyaux, régulièrement colorés par le carmin et qui offrent l'aspect d'une substance vitreuse. En certains points de nos préparations, un fort grossissement révèle l'existence, au bord de ces tubes, de dentelures caractéristiques des fibres du cristallin. Cette substance cristallinienne, ainsi dégénérée, se trouve en communication directe avec l'adhérence irienne et même avec les tractus blanchâtres situés en arrière de l'iris et qui constituent les restes de la zone de Zinn, restes parfaitement reconnaissables au microscope.

Il ne saurait donc y avoir de doute et l'on se trouve en présence du cristallin dégénéré, pénétré de toutes parts par du tissu fibreux qui l'a envahi en dissociant presque un par un tous ses éléments primitifs.

A la partie antérieure de la préparation, ce cristallin, ainsi transformé, se confond avec la cornée elle-même profondément altérée dans sa structure.

Les transformations fibreuses du cristallin ne sont pas chose inconnue; divers auteurs, O. Becker en particulier, ont montré que cet organe pouvait se laisser pénétrer par du tissu fibreux et même par du tissu osseux. Toutefois ce qui est particulier ici c'est que cette transformation fibreuse s'est effectuée dans la chambre antérieure, alors qu'il est de règle de voir le cristallin, en cette place, subir un processus de résorption.

On peut supposer ici que le cristallin a fait irruption dans la chambre antérieure à la faveur d'une perforation de la cornée; qu'en se plaçant comme un bouchon dans la plaie cornéenne il a empêché l'humeur aqueuse de se reformer et que c'est dans cette posture qu'il a pu subir la transformation fibreuse et prendre racine en quelque sorte dans la face profonde de la cornée.

L'explication, au reste, importe peu, et ce qui est intéressant à constater c'est cette dégénération fibreuse en pleine chambre antérieure, alors qu'en pareil cas, chez les jeunes

sujets, on se croit en droit de compter sur une résorption de l'organe.

Les altérations de la cornée sont plus intéressantes encore et plus suggestives en déductions que celles du cristallin.

D'abord le tissu propre de la cornée, au lieu d'être constitué par des lames régulières longitudinales, apparaît formé par un feutrage très fin et très serré de fibres filamenteuses fines, intriquées ensemble dans tous les sens. A travers ce feutrage fin et serré, on aperçoit çà et là les noyaux conjonctifs de la cornée.

Mais c'est surtout au niveau de l'épithélium que les changements sont remarquables.

Les couches superficielles de l'épithélium n'offrent pourtant rien d'anormal. Ce sont d'abord des cellules plates, puis des cellules cubiques. Notons qu'on observe ici de la manière la plus nette des filaments assez gros qui courent d'un noyau d'une cellule au noyau de la cellule voisine, traversant les deux protoplasmas et la ligne de séparation cellulaire. Toutes les cellules sont ainsi réunies les unes aux autres par ces filaments qui s'éloignent en rayonnant d'un noyau pour gagner les noyaux des cellules voisines. C'est l'apparition du passage de ces filaments au niveau des fentes intercellulaires, où ils sont le plus visibles, qui avait fait croire aux anatomistes que les cellules épithéliales du tégument étaient dentelées et engrenées les unes dans les autres. Il faut concevoir cette disposition non comme une dentelure, mais comme un réseau fibrillaire unissant les noyaux à travers les protoplasmas. Celle-ci se retrouve également en d'autres épithéliums de l'organisme, et en ce qui concerne l'œil elle a été récemment décrite par M. Nuel dans l'épithélium de la membrane de Descemet.

Mais il importe de nous arrêter sur la couche basale de l'épithélium de la cornée de notre pièce qui offre des altérations d'un intérêt tout particulier.

Ces cellules affectent d'ordinaire la forme cylindrique, presque cubique ; ici elles sont démesurément allongées, en forme de massues, présentant à considérer un corps cellulaire renflé situé en contact avec les cellules centrales, et un

pied très allongé, étiré, qui va se perdre dans le tissu propre de la cornée.

Ces cellules sont tellement allongées dans le sens de la hauteur, qu'à elles seules elles mesurent le tiers de l'épaisseur de l'épithélium cornéen.

Le corps cellulaire est muni, lui aussi, de filaments qui réunissent les noyaux de ces cellules aux noyaux des cellules voisines.

Le pied de la cellule est, comme je l'ai dit, étiré, filiforme ; il semble constitué *non par des granulations protoplasmiques mais par de très fins filaments.*

La partie terminale, profonde, de ce pied des cellules basales est élargie, évasée en entonnoir comme le pied des fibres conjonctives de Müller dans la rétine quand celles-ci se confondent avec la membrane hyaloïde.

Ce qui est particulier et qui forme peut-être le point principal de nos constatations, *c'est qu'il n'existe point de membrane basale limitante entre l'épithélium et le tissu propre de la cornée, et que les filaments qui constituent le pied des cellules épithéliales se continuent directement avec les fibres fines qui forment le feutrage que nous avons constaté dans le tissu propre cornéen.*

Il y a là une union qui semble anatomiquement réalisée entre le système épithélial d'une part et le système conjonctif d'autre part.

Il est vrai que cette union ne se serait effectuée qu'à la faveur d'altérations pathologiques considérables, mais le fait n'en est pas moins très intéressant. N'est-ce pas l'anatomie pathologique qui, plus d'une fois, a précédé des découvertes, vérifiées depuis dans l'anatomie normale ? L'anatomie nerveuse ne ressort-elle pas tout entière de la pathologie ?

Bien des auteurs ont pensé que les éléments des deux grands systèmes, le système épithélial d'une part et le système conjonctif, d'autre part, ne provenaient que d'un même type cellulaire susceptible de se différencier suivant les nécessités du lieu en éléments épithéliaux ou en éléments conjonctifs. Jus-

qu'ici, on n'avait pu saisir, de visu, cette double différenciation d'une même cellule.

Peut-être que par l'observation de ces éléments pathologiques, dont la tête appartient au type épithélial et dont le pied semble contribuer à la formation de fibres conjonctives, nous aurons fait faire un pas en avant à la solution de cette question.

DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE CALOMEL DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS OCULAIRE,

Par le D^r KALT.

Après la vulgarisation de la méthode de Scarenzio nous avons voulu nous rendre compte de l'action des injections de calomel sur les affections oculaires qui sont justiciables du traitement mercuriel. Nous avons choisi des affections nettement syphilitiques, telles que la chorio-rétinite, certaines paralysies de la 3^e paire, certaines kératites interstitielles chez l'adulte, puis quelques autres qui sont quelquefois améliorées par le mercure : certaines névrites rétro-bulbaires, une irido-cyclite à répétition, une rélinite.

Nous ne donnerons que les résultats obtenus sur les malades que nous avons pu observer pendant un temps suffisant pour juger de la valeur de la méthode, et nous éliminerons tous ceux chez lesquels le résultat a été douteux.

Nous allons résumer aussi rapidement que possible nos observations, laissant de côté tout ce qui ne nous est pas absolument indispensable au point de vue particulier de notre méthode de traitement.

Quelques indications d'abord sur la technique employée : les injections étaient faites dans le tissu graisseux sous-cutané de la fesse ou du dos, très souvent en plein grand-fessier, l'aiguille étant enfoncée perpendiculairement dans toute sa longueur.

Comme solution on employait un mélange de glycérine et d'eau avec 10 0/0 de calomel à la vapeur. On injectait donc 0 gr. 10 de calomel par seringue de Pravaz. — Nous avons employé d'abord la solution pure, puis additionnée de 1/5 à 1/10 de solution de sublimé à 1 0/0 pour la rendre aseptique.

Entrons maintenant dans le détail des différents cas :

1° — *Chorio-rétinites ou papillo-rétinites syphilitiques* : 8 cas

a) B..., homme, 56 ans. Chorio-rétinite double datant de deux mois sur O. D.

Syphilis il y a 27 ans. 3 piqûres aseptiques à trois ou quatre jours d'intervalle chacune. Peu ou pas de réaction inflammatoire.

O. D. V = doigts à 0^m 50. — Au bout de 12 jours V = 1/25.

O. G. V = 1/3 difficile. — id. id. V = 1/2.

b) D..., femme, 37 ans. Chorio-rétinite double. 1 piqûre non aseptique. Douleur locale, gonflement. La malade dut rester couchée pendant plusieurs jours. On suspendit le traitement.

c) D..., homme, 35 ans. Chorio-rétinite datant de huit mois. 2 piqûres non aseptiques. Quatre jours après la première piqûre : gonflement local. Après dix jours : abcès fluctuant. Stomatite au troisième jour.

Au début : O. D. V = 1/6.

Après quinze jours : O. D. V = 1/3.

d) F..., homme, 44 ans. Chorio-rétinite avec aquo-capsulite datant de trois semaines. 3 piqûres aseptiques.

Au début : fond d'œil inéclairable V = perçoit les doigts.

En huit jours V = 1/4 des deux côtés.

Stomatite le cinquième jour qui va en augmentant. Au bout de trois semaines : dents branlantes, ulcération sublinguale, diarrhée.

O. D. } V = 1/2.
O. G. }

Abcès au niveau des 3 piqûres.

e) F..., homme, 26 ans. Papillo-rétinite de l'O. D. avec lésions maculaires. Vision = 0. Papille déjà atrophique. 4 piqûres aseptiques, à quatre jours d'intervalle. Peu de réaction. Stomatite intense vers le quinzième jour. Disparition rapide des exsudats maculaires. Au bout de cinq semaines : O. D. V = 1/10.

f) Madame J..., 40 ans. Névro-rétinite, de l'O. D.

6 piqûres : $\left\{ \begin{array}{ll} 1^{\circ} \text{ Non aseptiques. — } & \text{Abcès.} \\ 2^{\circ} & \text{id. Pas d'abcès.} \\ 3^{\circ} & \text{id. Douleur forte.} \\ 4^{\circ} & \text{id. id.} \\ 5^{\circ} \text{ Aseptiques. — } & \text{Pas de douleur.} \\ 6^{\circ} & \text{id. id.} \end{array} \right.$

Nausées, embarras gastrique dès les premières piqûres.

Les premières piqûres se sont abcédées au bout d'un mois et il en est résulté un véritable sphacèle qui a laissé de larges pertes de substance.

Au début : O. D. V = 1/8.

Après un mois : O. D. V = 2/3.

g) R..., fort à la Halle, 31 ans. Rechute récente de chorio-rétinite. 7 piqûres dont les 4 premières non aseptiques, à quatre jours d'intervalle. Salivation, stomatite, forte induration; un abcès.

Les 3 dernières piqûres, aseptiques, ne donnèrent que peu de réaction.

Au début : $\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} \\ \text{O. G.} \end{array} \right\} V = 1/20.$

Au bout d'un mois : $\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} \\ \text{O. G.} \end{array} \right\} V = 1/2.$

b) S..., homme, 54 ans. Rétinite pigmentaire déjà ancienne. 5 piqûres dont 3 aseptiques. Peu de réaction. Stomatite.

Vision peu améliorée.

2°. — Kératites interstitielles : 4 cas.

a) D..., homme, 32 ans. Kératite parenchymateuse, iritis. Début il y a trois semaines. 5 piqûres. 2 par semaine (aseptiques).

Induration profonde. Peu de douleurs; pas d'abcès. Guérison en deux mois.

b) G..., 11 ans. Kératite parenchymateuse au début. 7 piqûres en un mois.

1^{re} non aseptique : abcès.

2^e aseptique douleurs profondes.

3^e id. abcès.

4^e id. douleurs profondes.

5^e id. abcès.

6^e id. (1/2 seringue) : abcès.

Arrêt de la kératite en un mois. Il reste des néphéliions.

c) P..., fille, 10 ans. Kératite interst. Début il y a vingt jours. 8 piqûres. Les deux premières non aseptiques : 2 abcès.

Les 6 dernières, aseptiques, ont été peu douloureuses, mais se sont toutes ouvertes et ont laissé écouler de la sérosité sanguinolente.

Guérison en deux mois.

d) S..., homme, 18 ans. Kératite interst. double, remontant à vingt jours.

En dix semaines : 5 piqûres non aseptiques : nodi douloureux. Petits abcès. 5 piqûres aseptiques : 2 abcès.

Amélioration rapide. Les piqûres n'ont suppuré qu'au bout de quelques jours et ne donnaient aucune réaction après trois à quatre jours.

Vomissements après la quatrième piqûre.

3°. — Paralysies de la 3^e paire : 2 cas.

a) D..., homme, 39 ans. Ptosis complet. 3 piqûres aseptiques. Peu de réaction immédiate. Huit jours après la première : stomatite. Points piqués très douloureux.

Guérison très avancée au bout de six semaines.

b) V... Paralysie dissociée de la 3^e paire, d'origine nucléaire. Ptosis. 5 piqûres aseptiques. Peu de réaction. Pas d'abcès. Stomatite intense.

Résultat thérapeutique incomplet; mais le ptosis a beaucoup diminué.

4°. — *Irido-cyclite à répétition de cause inconnue* : 4 cas.

K..., 26 ans. 4 piqûres aseptiques. Peu de réaction. Résultat curatif médiocre ; les poussées d'iritis se sont reproduites malgré le traitement.

5°. — *Névrite rétrobulbaire double, d'origine inconnue*.

Mlle J..., 24 ans. 5 piqûres non aseptiques : abcès.

5 piqûres aseptiques : peu de réaction.

Diarrhée. Stomatite.

Au bout de vingt jours : O. G. V = 1/8.

Au début : O. G. V = 1/25.

Deux ans après les piqûres, la malade se plaint encore de douleurs à leur niveau.

6°. — *Rétinite de cause inconnue*.

V..., homme, 55 ans. 3 piqûres aseptiques : 1 petit abcès.

Les 2 autres peu douloureuses.

Résultat thérapeutique médiocre.

Résumons ces différents cas et voyons les résultats curatifs qui ont été obtenus :

Sur les 8 cas de chorio-rétinite, 1 était arrivé à la phase atrophique, 1 autre n'a pas continué le traitement.

Sur les cas restants, 5 fois l'acuité visuelle était tellement mauvaise que les malades pouvaient à peine se conduire avec l'œil ou les yeux atteints. Or, dans tous les cas, l'amélioration a été des plus rapides. En huit ou dix jours l'acuité remontait à 1/3 ou 1/2. Au bout de un mois, deux de nos malades avaient 2/3 dans des yeux qui comptaient à peine les doigts au début du traitement.

Il est évident qu'un traitement qui fait disparaître en quelques jours des exsudats assez abondants pour rendre le papille à peine reconnaissable, peut être considéré à bon droit comme héroïque.

Sur 4 cas de kératite interstitielle, nous en avons eu 1 au début. et 3 qui remontaient à quinze ou vingt jours. La durée de cette affection, avec le traitement ordinaire de la kératite, est de trois à quatre mois. Or avec les piqûres de calomel, le premier malade (Devilliers) a été guéri en deux mois et demi ; le deuxième (Gratiant) en un mois ; le troisième (Picard) en deux mois ; le quatrième (Simonet) avait une très notable amélioration au bout d'un mois, et au bout de deux mois le

pannus avait disparu. Il ne restait que des opacités néphéliomateuses. Quatre mois après il avait $V = 1/3$ sur O D et $V = 2/3$ sur O G.

La conclusion s'impose : les injections de calomel constituent un traitement de premier ordre dans la kératite interstitielle. Nous ajouterons que les injections de sublimé (à 1 centigramme) ne nous ont jamais donné un résultat aussi rapide.

Le premier cas de ptosis a été guéri en six semaines. Nous avons été moins heureux dans le second cas et dans les autres cas d'irido-cyclite et de rétinite. Mais c'étaient là des affections devant lesquelles les autres traitements ne font pas mieux.

Quant à la névrite rétro-bulbaire, elle s'est fortement amendée et aujourd'hui, au bout de deux ans, le résultat s'est maintenu.

Inconvénients de la méthode.

Nous venons de voir que les résultats thérapeutiques sont très bons ; mais les abcès et les douleurs vives et prolongées sont un des points noirs qui inquiètent à bon droit le praticien.

Nous avons fait un très grand nombre d'injections ; mais nous n'avons conservé de notes que sur 80 cas.

Nous les diviserons en deux catégories :

Les injections non aseptiques et les injections aseptiques (au sublimé).

Sur 26 injections non aseptiques nous avons eu :

Abcès, 16 ; douleurs fortes sans abcès, 10.

Sur 54 injections aseptiques nous avons eu :

Abcès, 14 ; douleurs fortes seules, 14 ; peu de réaction, 27 cas.

La désinfection des véhicules et du calomel lui-même s'imposent donc et nous avons choisi le sublimé en solution assez forte, en raison de sa très grande valeur antiseptique, et parce que nous savons par l'expérience de plusieurs centaines de piqûres faites sans avoir un seul abcès, que le sublimé est un irritant relativement faible.

Et pourtant nous avons eu encore des abcès (14 sur 54 injections)!

Remarquons que souvent l'injection est restée peu douloureuse pendant quelques jours, puis, au bout de deux à trois semaines, les nodi inflammatoires suppuraient et il s'écoulait une sérosité roussâtre qui n'a jamais été du pus franc.

Répondons de suite à une objection qui nous sera certainement faite: Vous n'avez pas employé les injections à l'huile (huile végétale, huile de vaseline). — Eh bien! nous les avons employées et le résultat n'a guère été meilleur: nos malades souffraient et avaient des abcès.

Nous sommes convaincu qu'il faut surtout tenir compte de la valeur physiologique des organismes ainsi traités: les hommes vigoureux nous ont paru beaucoup moins maltraités que les sujets débiles. Chez les enfants et les femmes presque toutes les piqûres ont suppuré.

Maintenant qu'on a vu les reproches graves qu'encourt la méthode de Scarenzio, faut-il de parti pris la rejeter pour recourir à une méthode plus douce, aux injections de peptonate ou de sublimé, par exemple? Certainement non! Du moment que son action est démontrée être extrêmement rapide, il y a lieu de l'employer dans tous les cas où il faut agir vite, où la crainte d'un abcès est négligeable, où, pour rester dans le domaine ophtalmologique, la vue est menacée d'un affaiblissement irremédiable. Un œil qui, après guérison d'une chorio-rétinite ou d'une kératite interstitielle, n'a que $\frac{1}{4}$ d'acuité visuelle, ne peut pas lire. Il lui faut au moins $\frac{1}{3}$ ou $\frac{1}{2}$. Et que l'on songe que l'amblyopie une fois établie est incurable: les scléroses rétinienne ne disparaissent pas plus que les taies ne s'éclaircissent ou que les fibres du nerf optique ne se régénèrent. Donc il faut agir vite et énergiquement. Les injections de calomel nous en donnent le moyen.

CONCLUSIONS

Les injections de calomel constituent une médication extrêmement énergique et rapide.

On doit laisser de côté les véhicules de calomel non désin-

fectées. — Les solutions désinfectées par le sublimé provoquent une réaction peu douloureuse une fois sur deux.

- Sans recommander ces injections pour la pratique courante, nous les conseillons dans les cas graves.

Enfin nous ajoutons que, même dans les cas où l'abcès se produit, l'effet de la médication mercurielle n'en est pas affaibli d'une façon appréciable.

CONTRIBUTIONS A LA CONNAISSANCE DU TISSU ADIPEUX ET DU LIPOME.

Par le D^r HAENSELL,
Chef du laboratoire des Quinze-Vingts.

Le tissu adipeux est considéré, par les histologistes, comme une sorte de tissu conjonctif dont les cellules renferment, dans leur protoplasma, une quantité plus ou moins considérable de graisse.

Ce tissu souple et élastique se trouve dans certaines régions du corps ; on l'observe généralement aux environs des organes mobiles, l'œil par exemple, qu'il enveloppe et protège contre la pression des parois dures et osseuses de la cavité orbitaire. Il facilite les mouvements du bulbe oculaire, dus aux contractions des muscles et empêche le frottement de cet organe délicat contre les parois osseuses et les muscles contractés.

A mesure que la quantité de graisse augmente dans les cellules adipeuses, la masse de tissu adipeux acquiert un volume plus considérable, repousse le globe en avant et le fait proéminer, de telle sorte que l'œil paraît agrandi. Au contraire, si l'individu maigrit, la quantité de graisse, dans les cellules adipeuses, diminue et le bulbe oculaire se retire dans l'orbite.

Il est donc évident que le rôle physiologique, joué par le tissu adipeux, est important et qu'il serait d'un grand intérêt de connaître le mode de développement des cellules adipeuses et de savoir dans quelle partie de la cellule se dépose la graisse et par quel processus se produit ce dépôt.

Nous nous proposons d'exposer ici, en quelques lignes, l'opinion que nous avons pu nous former sur ce sujet à l'occasion des travaux faits récemment au laboratoire des Quinze-Vingts.

L'un de ces travaux, dû à M. le D^r Querenghi, a pour sujet l'étude du lipome sous-conjonctival. Dans cette étude, nous

voyons le mode de développement des cellules adipeuses et par quel processus se forme le dépôt de graisse dans la cellule.

Le second travail (1), dû à M. le Dr Larcher, nous fait connaître la structure des cellules adipeuses dans le tissu sous-conjonctival.

Depuis les recherches de Ranvier (2), Flemming (3) et Toldt (4), nous savons que c'est dans les cellules conjonctives de la membrane adventice des vaisseaux que se montrent les premières gouttelettes graisseuses. Ces gouttelettes se confondent bientôt en une seule goutte remplissant toute la cellule.

Les noyaux, avec leur protoplasma, sont bientôt réduits en une couche mince refoulée vers la périphérie de la goutte et formant une mince membrane.

Flemming constate que les cellules adipeuses ne sont autre chose que des cellules infiltrées par la graisse. Il est donc, sur ce point, en contradiction avec Toldt et Ranvier qui admettent que les cellules adipeuses sont des cellules spéciales dont la fonction est de fabriquer la graisse. Flemming, cependant, a montré que les cellules adipeuses des animaux mal nourris perdent peu à peu leur contenu de graisse et reprennent l'aspect des cellules conjonctivales de l'adventice. La goutte de graisse est quelquefois remplacée par une substance muqueuse.

Il faut encore ajouter que ces cellules, quoique infiltrées par la graisse, ne perdent pas les fonctions des cellules conjonctivales.

(1) Larcher. Des paupières rudimentaires chez l'homme. Thèse, Paris, 1889.

(2) Ranvier. *Traité technique d'histologie*. 2 Ed. Paris, 1889, p. 281 et 331.

(3) Flemming. Ueber Bildung und Rückbildung der Fettzelle im Bindegewebe. *Archiv. f. mikr. Anatomie*. 7 Bd., p. 33-80 et 3287-13.

(4) Toldt. Beiträge zur Histologie und Physiologie des Fettgewebes. *Sitzungsber. d. Wiener Akad. d. Wiss.* Bd. 62 Abth. II, 1870 et *Gewebelehre* 1888, p. 75-79 et p. 161-165.

Les cellules adipeuses sont placées autour des petits vaisseaux où elles forment de petits pannicules, dans lesquels entre toujours une artériole se divisant en réseau capillaire aboutissant à une veine. C'est dans les mailles de ce réseau capillaire que sont placées les cellules adipeuses. Le pannicule est enveloppé d'une capsule formée par un tissu conjonctif fibrillaire envoyant des travées dans l'intérieur du pannicule.

Les cellules de tissu conjonctif, qui forment l'adventice, sont constituées, comme nous le savons par les recherches de M. Ranvier, par une plaque protoplasmique pourvue d'un noyau central. Ces plaques sont réunies entre elles par des prolongements protoplasmiques et enveloppent les fibrilles et les fibres élastiques. De cette façon, elles forment un endothélium tapissant les parois des espaces lymphatiques.

Ce que nous avons décrit jusqu'ici correspond à la structure du lipome sous-conjonctival qui sera décrit plus en détail dans le travail de M. le Dr Querenghi.

Dans le tissu sous-conjonctival, qui a été le point d'origine de ce lipome, nous avons observé des petits vaisseaux dont l'adventice a été formé par des cellules en plaques dont les prolongements protoplasmiques se réunissent avec les prolongements des cellules voisines. D'autres prolongements se réunissent au protoplasma des cellules qui forment la tunique interne des vaisseaux.

Si on surcolore les coupes que mentionnent les faits que nous venons de décrire, au moyen d'une solution aqueuse d'hématoxyline et qu'on les décolore ensuite dans une solution d'alun, on voit que les prolongements protoplasmiques, qui réunissent les cellules de la tunique interne avec les cellules de l'adventice, sont composés de deux matières différentes : l'une colorée en noir et l'autre restant incolore. La première est composée de fines granulations qui forment un filament et se trouve entourée par la seconde.

Ce filament se prolonge dans le protoplasma du corps cellulaire jusqu'au noyau.

Sur un autre point du lipome, on observe les mêmes faits,

seulement les granulations sont, par places, remplacées par de très fines gouttelettes graisseuses. C'est surtout dans la région des filaments, qui aboutissent aux cellules de la tunique interne, que nous observons ce fait.

Dans d'autres cellules, ces gouttelettes se confondent, écartant la substance non colorée et s'infiltrant à travers le protoplasma. Cette substance non colorée forme, dans les cellules adipeuses définitivement constituées, une fine membrane qui sépare le reste de la cellule de la goutte adipeuse.

Etudions maintenant l'origine de cette graisse dans la cellule.

Flemming, en observant toujours la formation des cellules adipeuses aux dépens des vaisseaux, croit que la graisse est dissoute dans le sérum du sang et que cette solution de graisse transsude dans les cellules des parois des vaisseaux. La graisse, par l'action du protoplasma, se sépare du sérum pour se déposer dans le protoplasma des cellules.

D'après nos propres observations, nous sommes autorisés à croire que les gouttelettes graisseuse pénètrent d'abord dans les cellules de la tunique interne et passent par les prolongements qui réunissent ces cellules avec les cellules de l'adventice pour se déposer dans ces dernières.

Prenons en considération ce fait physiologique, qu'après le repas d'un animal nous trouvons une émulsion de graisse dans le sérum du sang; les gouttelettes de graisse de cette émulsion nagent à la surface et on peut même l'observer sous le microscope; elles sont tellement fines, qu'on ne peut les observer qu'avec un fort grossissement; il est alors évident que ce sont ces gouttelettes qui se trouvent dans le sang des vaisseaux qui pénètrent, comme nous l'avons déjà décrit, dans les cellules des adventices et transforment ces cellules en cellules adipeuses.

Il nous reste encore à dire quelques mots sur le mode de développement du lipome.

Nous avons déjà dit que le reste des cellules conjonctives, qui sont transformées en cellules adipeuses, gardent toutes les propriétés des cellules. Elles peuvent donc, dans certaines

conditions, proliférer et contribuer à l'augmentation du tissu adipeux. Nous avons ainsi observé quelques cellules adipeuses à deux et plusieurs noyaux et d'autres dont les noyaux ont présenté des figures karyokinétiques.

Ce sont des preuves qu'il s'est produit une division indirecte des cellules adipeuses. C'est de cette manière que le lipome augmente de volume.

Les cellules, quoique infiltrées de graisse, n'ont pas perdu la faculté de proliférer.

TABLE DES MATIÈRES

La clinique pendant les années 1888 et 1889, par le D ^r A. CHEVALLEREAU.....	1
Notes de pratique opératoire, par le D ^r A. TROUSSEAU.....	20
L'intervention dans les luxations du cristallin, par le D ^r A. TROUSSEAU.....	26
Sur l'hémianopsie consécutive à des hémorrhagies utérines, par le D ^r A. CHEVALLEREAU.....	34
Staphylome complexe de la cornée. Altération de l'épithélium cornéen, par le D ^r VALUDE.....	41
Des injections sous-cutanées de calomel dans le traitement de la syphilis oculaire, par le D ^r KALT..	47
Contributions à la connaissance du tissu adipeux et du lipome, par le D ^r HAENSELL, chef du laboratoire des Quinze-Vingts.....	54

BULLETIN
DE LA
CLINIQUE NATIONALE OPHTHALMOLOGIQUE
DE
L'HOSPICE DES QUINZE-VINGTS

PAR
Les Docteurs A. TROUSSEAU et A. CHEVALLEREAU
Médecins titulaires.

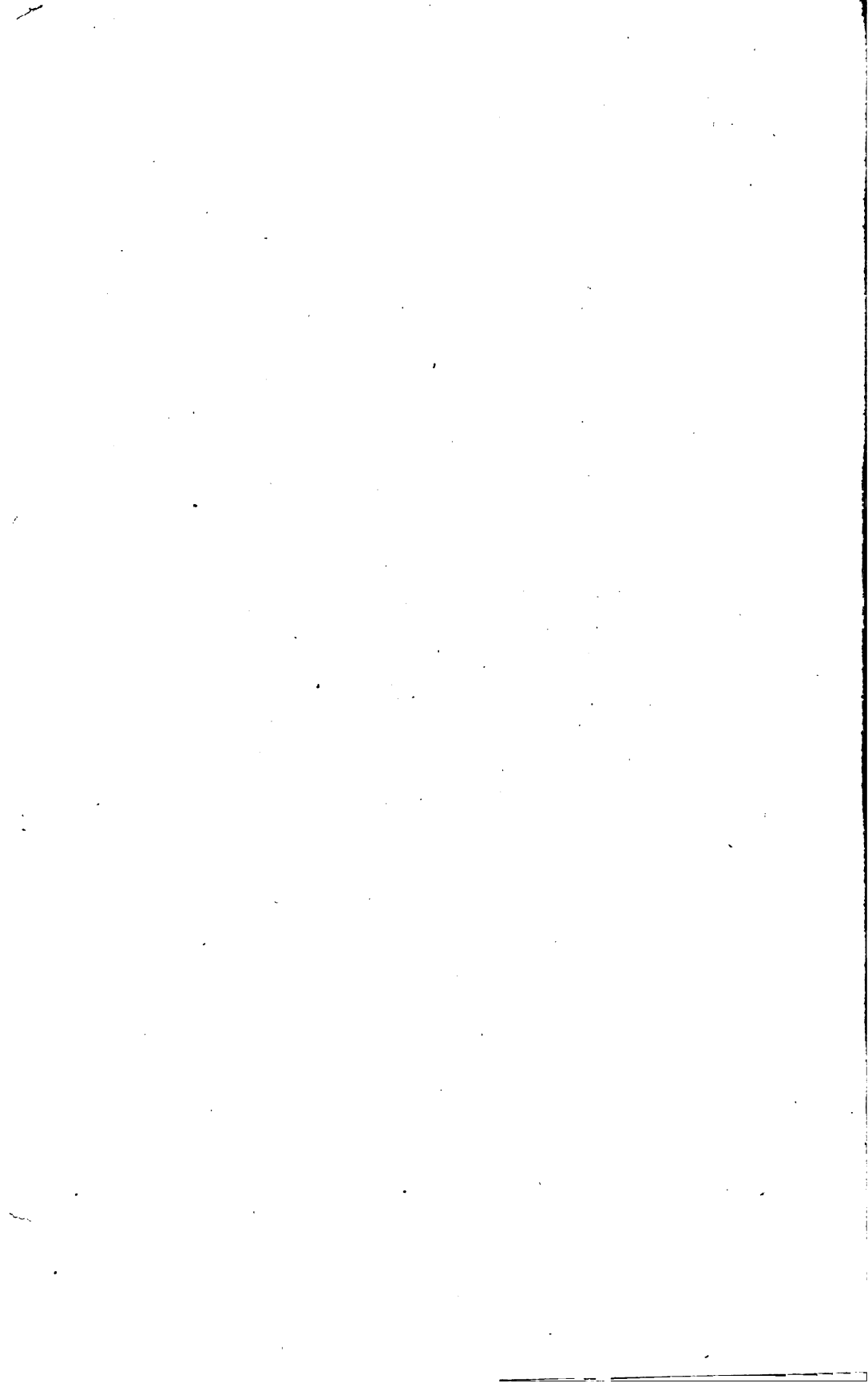
Les Docteurs VALUDE et KALT
Médecins adjoints.

Le Docteur DUBIEF
Chargé du service du Laboratoire.

ANNÉE 1891

PARIS
IMPRIMERIE DE LA SEMAINE MÉDICALE
31, rue Croix-des-Petits-Champs, 31.

—
1892



BULLETIN
DE LA
CLINIQUE NATIONALE OPHTHALMOLOGIQUE
DE
L'HOSPICE DES QUINZE-VINGTS



BULLETIN
DE LA
CLINIQUE NATIONALE OPHTHALMOLOGIQUE
DE
L'HOSPICE DES QUINZE-VINGTS

PAR
Les Docteurs A. TROUSSEAU et A. CHEVALLEREAU
Médecins titulaires.

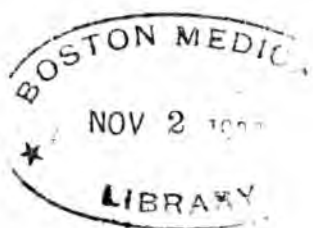
Les Docteurs VALUDE et KALT
Médecins adjoints.

Le Docteur DUBIEF
Chargé du service du Laboratoire.

ANNÉE 1891

PARIS
IMPRIMERIE DE LA SEMAINE MÉDICALE
31, rue Croix-des-Petits-Champs, 31.

—
1892





BULLETIN

DE LA

CLINIQUE NATIONALE OPHTHALMOLOGIQUE

DE L'HOSPICE DES QUINZE-VINGTS

— 628 —

LA CLINIQUE NATIONALE EN 1891

—

La Clinique Nationale a continué, en 1891, l'accroissement des années précédentes. Le nombre des consultations données s'est élevé à 47,062, soit une moyenne journalière de 154 30/100, contre 44,163 données en 1890, ce qui faisait une moyenne journalière de 145 75/100.

Sur ce chiffre, le nombre des malades nouveaux s'est élevé à 14,668, contre 14,050 en 1890, soit 618 de plus.

Le nombre des malades hospitalisés en 1890 avait été de 1,474; en 1891, il a été de 1,694, soit 220 de plus.

Le nombre des journées de présence avait été, en 1890, de 15,921; il s'est élevé, en 1891, à 17,409, soit 1,488 de plus. La durée moyenne du séjour est restée la même : 10 80/100 en 1890, 10 27/100 en 1891.

66 départements nous ont envoyé des malades en 1891, contre 62 en 1890.

Ces chiffres résultent des statistiques si habilement dressées par M. Trouillard, économiste de la Clinique, statistiques que nous reproduisons ci-après. Nous devons aussi à ce fonctionnaire aussi précieux que dévoué une carte de France qui a le mérite de montrer d'un seul coup d'œil les régions où se recrutent les malades de la Clinique et qui peut donner lieu à des déductions intéressantes.

Les départements sont divisés en six groupes, d'après la moyenne annuelle du nombre des malades qu'ils ont envoyés à la Clinique dans ces dix dernières années. Un groupe est surtout important, puisqu'il comprend 7,769 malades, sur un total de 9,437. Tous ces départements sont naturellement groupés dans la région parisienne; c'était assez facile à prévoir, puisque tous ces départements ont avec la capitale des communications nombreuses, faciles et relativement peu coûteuses. Chacun de ces départements a envoyé par an plus de 10 malades à la Clinique et le nombre de ces malades semble diminuer peu à peu à mesure que la distance augmente.

Un second groupe comprend les départements qui ont envoyé chaque année de 3 à 10 malades. Ces départements entourent à peu près la zone précédente au Nord, à l'Ouest et à l'Est.

Une troisième zone, comprenant les départements qui n'ont envoyé que de 1 à 3 malades, est plus éloignée.

Enfin, un quatrième groupe, dans lequel chaque département nous a envoyé moins d'un malade par an, comprend beaucoup de départements du Midi, groupés autour de Lyon, Marseille, Montpellier, Toulouse; puis, à l'Ouest, les départements où se trouvent Nantes, Angers et Brest; enfin, nos heureux confrères de Bordeaux ont su conserver tous les malades domiciliés dans leur département.

Cette carte montre donc aux pouvoirs publics et à nos confrères quelles sont les régions auxquelles la Clinique des Quinze-Vingts rend surtout des services et quelles sont celles dans lesquelles des créations plus ou moins analogues pourraient être tentées.

Malgré les services considérables rendus par la Clinique, cet établissement renferme une grosse lacune que nous avons signalée l'été dernier à M. le directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur.

Le nombre des lits dont nous pouvons disposer ne suffit pas toujours au nombre considérable des malades qui passent dans nos salles et, depuis l'origine de la Clinique, on n'a jamais hospitalisé que des malades ayant à subir une opération quelconque. Cette mesure, imposée par la règle de la maison, était, en outre, justifiée par ce fait que nous n'avons aucune salle d'isolement et qu'introduire dans nos chambres d'opérés des malades atteints, par exemple, d'ophtalmie purulente ou de conjonctivite granuleuse, c'était exposer les premiers à de redoutables complications et infecter nos salles pour un temps indéterminé ; et si, dans certains cas, une pitié trop naturelle nous a conduits à transgresser cette règle, ce ne pouvait être qu'une rigoureuse exception.

La Clinique laisse donc de côté, comme hospitalisation tout au moins, toute une catégorie de malades et la plus intéressante : les ophtalmies purulentes des nouveau-nés, les ophtalmies purulentes blennorrhagiques, les conjonctivites granuleuses avec lésions menaçantes de la cornée, les ulcères à hypopyon avec menace de perforation, etc. Beaucoup de ces malades demanderaient à être vus et cautérisés deux fois par jour ; ils demanderaient au moins des soins continus qu'ils ne peuvent trouver chez eux ; quel que soit le mode de traitement adopté pour l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, il est un point sur lequel tout le monde est d'accord, c'est qu'il faut s'occuper constamment de ces petits malades. Or, supposons (et cette supposition n'est pas gratuite, le fait se reproduit chaque jour), supposons qu'on nous amène de Saint-Denis ou de La Varenne, ou même d'une rue voisine de la Clinique, un nouveau-né atteint d'ophtalmie purulente. Si cet enfant est pris à temps et régulièrement soigné, il guérit à coup sûr ; mais si cet enfant est renvoyé chez lui, les parents ne pourront pas recommencer chaque jour un voyage souvent coûteux ;

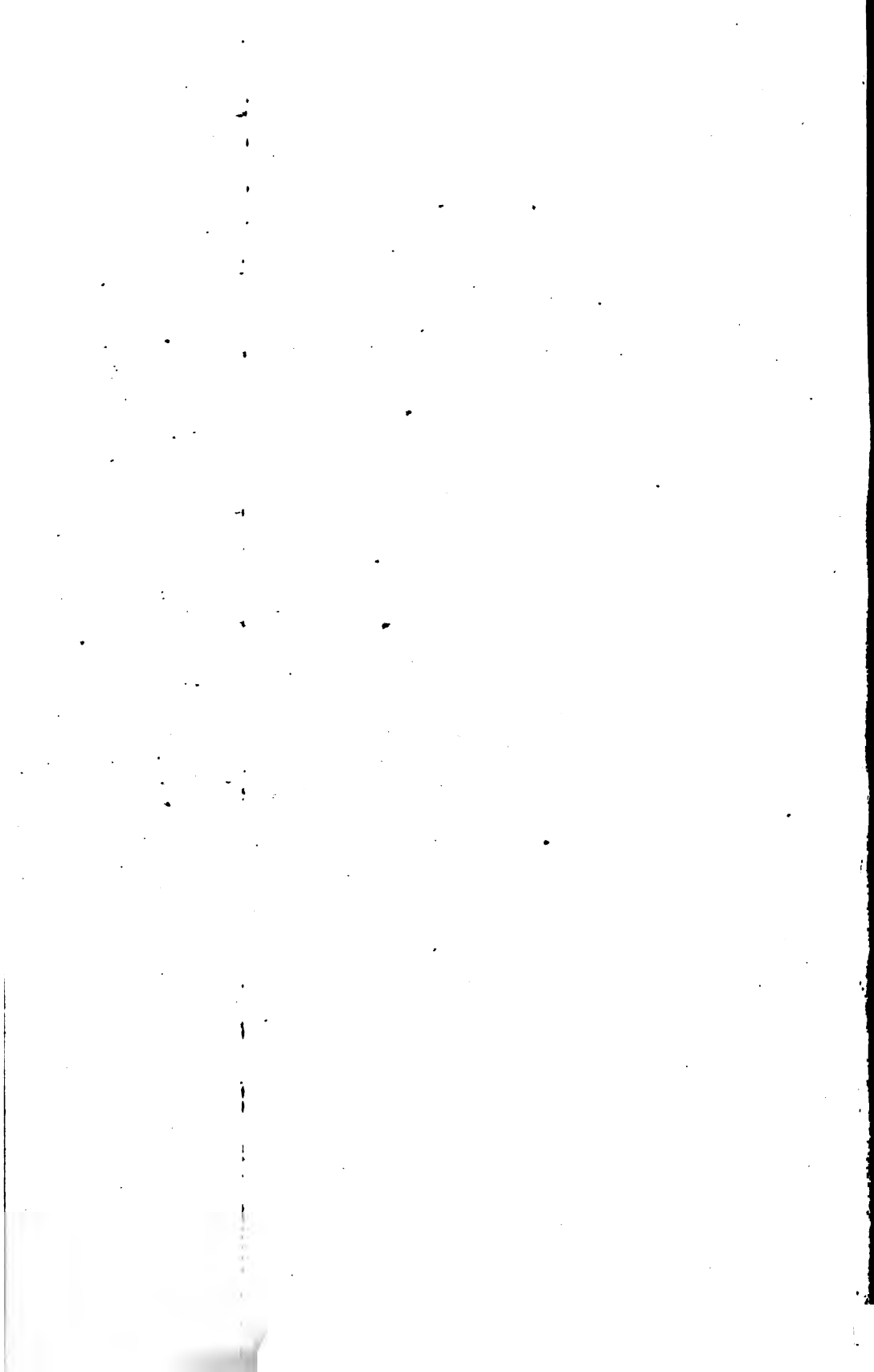
même en leur supposant tout le dévouement et toute l'intelligence possibles, ils ne pourront pas, chez eux, donner à leur enfant ces soins de jour et de nuit qui lui seraient nécessaires et personne ne s'étonnera de voir défiler dans toutes les cliniques cette lamentable série d'enfants atteints de leucome, de perforation de la cornée et d'atrophie du globe, tristes vestiges d'une ophthalmie purulente non soignée.

Une statistique que nous avons faite à l'Ecole Braille avec M. Péphau, directeur de l'hospice des Quinze-Vingts, montre que sur les 151 enfants qui ont peuplé cette Ecole, 57, soit 38 %, sont aveugles par le fait de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. Notre collègue Trousseau a fait la même statistique pour l'hospice des Quinze-Vingts et a trouvé une proportion de 35 %. La statistique de l'Institution des jeunes aveugles, qui nous a été communiquée par M. Péphau, montre une proportion de 34 %. Nous ne comptons pas la foule des borgnes et de ceux qui ne sont qu'estropiés sans être complètement aveugles et ceux qui n'ont pas recours à la charité publique.

En dehors de toute considération de dignité et de morale, les chiffres suivants, que nous devons à M. Péphau, montrent suffisamment l'importance de cette question, même au point de vue purement pécuniaire. En admettant comme suffisante une hospitalisation de huit jours pour un enfant atteint d'ophtalmie purulente des nouveau-nés, cela ferait pour chaque enfant une dépense de 70 fr., pour conserver au pays un citoyen valide, tandis que chacun de ces pauvres êtres dignes de commisération et presque inutiles, malgré tout, qui peuplent l'Ecole Braille, coûte au département de la Seine plus de 1,000 fr. par enfant.

Nous savons que ces considérations ont touché bon nombre de conseillers généraux du département de la





Seine, et M. le directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, qui donne tant de preuves de son dévouement à tout ce qui peut améliorer l'hygiène et la santé publiques, en étudie la réalisation.

Nous espérons que ces bonnes intentions si unanimes amèneront bientôt la construction ou l'aménagement de salles d'isolement qui permettront à la clinique de doubler largement le nombre des services qu'elle rend aujourd'hui.

Nous espérons que cette création sera bien reçue de nos confrères de la ville; il leur arrive de temps à autre, en effet, de nous envoyer de leur clinique des malades pour lesquels l'hospitalisation serait nécessaire et auxquels nous regrettons de ne pouvoir donner un lit.

Depuis la nomination des médecins actuels à la Clinique des Quinze-Vingts, l'enseignement a été l'objet d'une attention toute particulière, et nous sommes profondément heureux de voir les élèves encourager nos efforts. Nous avons continué à diviser le programme complet de l'ophtalmologie en quatre parties à peu près égales, et chaque partie est traitée à tour de rôle par chacun de nous pendant le semestre d'hiver. Cette année les conférences ont été ainsi réparties :

Lundi : D^r KALT. — Maladies de l'orbite, des paupières, des muscles de l'œil et des voies lacrymales.

Jeudi : D^r VALUDE. — Maladies du cristallin et des membranes internes de l'œil, glaucome.

Vendredi : D^r TROUSSEAU. — Maladies de la conjonctive, de la cornée, de la sclérotique et de l'iris.

Samedi : D^r CHEVALLEREAU. — Réfraction, lunettes, examen fonctionnel de l'œil.

M. le D^r Dubief, chargé du laboratoire, a commencé cette

année des conférences d'anatomie pathologique oculaire, avec présentation de pièces et examens histologiques.

Le mercredi, à deux heures, nous nous réunissons pour présenter aux élèves et discuter ensemble les malades les plus intéressants.

La Clinique Nationale des Quinze-Vingts peut donc offrir chaque année aux élèves un enseignement complet de l'ophtalmologie tout entière, et nous avons été heureux de voir récemment que divers hôpitaux de Paris avaient décidé de suivre l'exemple donné, il y a quatre ans, par les médecins de la Clinique des Quinze-Vingts.

A. CHEVALLEREAU.

ETAT indiquant par mois et par trimestre le mouvement des malades externes traités à la Clinique Nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts en 1891.

MOIS	Nombre de jours de consulta- tions.	Malades nouveaux. 1891	Malades anciens. 1891	Totaux par mois. 1891	Totaux par trimestre. 1891	OBSERVATIONS
Janvier.. . . .	26	951	2.577	3.528	11.394	
Février.	23	1.125	2.816	3.941		
Mars	25	1.106	2.819	3.925		
Avril	26	1.309	2.871	4.180	12.637	
Mai	24	1.274	2.727	4.001		
Juin.	26	1.428	3.028	4.456		
Juillet.	26	1.392	2.478	3.870	11.964	
Août	24	1.361	2.617	3.978		
Septembre. .	26	1.307	2.809	4.116		
Octobre.	27	1.342	2.896	4.238	11.067	
Novembre . .	26	1.041	2.346	3.387		
Décembre...	26	1.032	2.410	3.442		
Totaux gén.	305	14.668	32.394	47.062	47.062	
En 1890, le nombre des nouveaux avait été de.		14.050				
Différence en faveur de 1891.		618				
Le nombre des anciens avait été de.			30.113			
Différence en faveur de 1891.			2.281			

STATISTIQUE DES MALADES HOSPITALISÉS ET OPÉRÉS

DÉPARTEMENTS	NOMBRE DE MALADES ADMIS				TOTAL	DÉPARTEMENTS	NOMBRE DE MALADES ADMIS				TOTAL
	1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre	4 ^e trimestre			1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre	4 ^e trimestre	
Aisne.....	3	7	3	2	15	<i>Report.....</i>	65	134	63	85	346
Allier.....	2	9	5	10	26	Oise.....	10	14	12	15	51
Aube.....	4	9	3	12	28	Orne.....	1	8	6	10	25
Bouches-du-Rhône	2	»	»	»	2	Puy-de-Dôme.....	1	»	»	»	1
Calvados.....	2	3	»	1	6	Haute-Saône.....	2	5	3	1	11
Cantal.....	1	»	1	1	3	Sarthe.....	2	5	1	»	8
Charente.....	1	»	»	»	1	Seine-et-Marne....	17	20	14	23	74
Charente-Inférieure	1	1	»	2	4	Seine-et-Oise.....	14	26	15	14	69
Cher.....	2	9	4	5	20	Deux-Sèvres.....	1	3	4	»	8
Corrèze.....	3	4	3	2	12	Somme.....	9	1	1	1	12
Côte-d'Or.....	1	8	2	1	12	Vienne.....	2	10	3	6	21
Doubs.....	2	2	2	»	6	Yonne.....	18	22	2	10	52
Eure.....	5	3	3	4	15	Seine.....	235	238	200	246	919
Eure-et-Loir.....	5	10	4	5	24	Total du 1 ^{er} trimestre.	377				
Ille-et-Vilaine....	3	6	1	3	13						
Indre-et-Loire....	1	1	1	»	3	Vaucluse.....		1	»	»	1
Jura.....	2	7	2	2	13	Ardennes.....		2	»	1	3
Loir-et-Cher.....	1	8	2	4	15	Côtes-du-Nord....		1	3	3	7
Loiret.....	5	7	6	6	24	Creuse.....		2	»	5	7
Lot.....	1	»	2	1	4	Dordogne.....		5	»	»	5
Lozère.....	1	»	»	3	4	Indre.....		8	5	3	16
Maine-et-Loir....	1	1	3	1	6	Haute-Loire.....		1	»	»	1
Manche.....	2	3	2	3	10	Loire-Inférieure...		1	»	1	2
Marne.....	3	4	3	4	14	Lot-et-Garonne...		1	»	»	1
Haute-Marne.....	1	7	3	1	12	Mayenne.....		3	4	1	8
Meurthe-et-Mos...	1	2	»	»	3	Morbihan.....		1	3	3	7
Meuse.....	2	4	3	4	13	Pas-de-Calais.....		4	4	»	8
Nièvre.....	6	16	5	5	32	Vosges.....		1	1	1	3
Nord.....	1	3	»	3	7						
<i>A reporter.....</i>	65	134	63	85	347	<i>A reporter.....</i>	517	344	429	1667	

DÉPARTEMENTS	NOMBRE DE MALADES ADMIS				TOTAL
	1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre	4 ^e trimestre	
<i>Report.....</i>	377	517	344	429	1667
Tunisie.....		3	1	"	4
Algérie.....		1	4	3	8
Finistère.....		1	"	1	2
Saône-et-Loire		1	"	"	1
Seine-Inférieure...		1	1	"	2
Tarn.....		2	"	"	2
 Total du 2 ^e trimestre.		526			
 Aveyron.....			1	"	1
Gers.....			1	"	1
Haute-Savoie.....			1	"	1
Haute-Vienne.....			1	1	2
 Total du 3 ^e trimestre.			354		
 Drôme.....				2	2
Vendée.....				1	1
 Total du 4 ^e trimestre.				437	
 Totaux généraux.	377	526	354	437	1694
 Résumé de l'année					
—					
Départements. 66					
Malades int. 1694					
Journées. 17409.					
Moy. indiv. 10 j. 27					
100					

MALADES EXTERNES

AYANT REÇU DES SOINS A LA CLINIQUE
NATIONALE

1^{er} Trimestre.

Malades. { Nouveaux. 3.182 } 11.394
 { Anciens... 8.212 }

Moyenne journalière des consultations :
153 97/100

2^e Trimestre.

Malades. { Nouveaux. 4.011 } 12.637
 { Anciens... 8.626 }

Moyenne journalière des consultations :
166 27/100

3^e Trimestre.

Malades. { Nouveaux. 4.060 } 11.964
 { Anciens... 7.904 }

Moyenne journalière des consultations :
157 42/100

4^e Trimestre.

Malades. { Nouveaux. 3.415 } 11.067
 { Anciens... 7.652 }

Moyenne journalière des consultations :
140 8/100

STATISTIQUE GÉNÉRALE DE LA CLINIQUE NATIONALE POUR L'ANNÉE 1891

1^o Clinique interne

Opérés hospitalisés.... Le nombre des malades admis à la Clinique Nationale, dans le cours de l'année 1891, a été de 1694 se divisant comme il suit :

Hommes.....	912
Femmes.....	643
Enfants.....	139

Total égal..... 1694

Le nombre des hospitalisés avait été en 1890 de 1474.

Nombre de journées... Le nombre des journées de présence ayant été jusqu'au 31 décembre de 17,409, la moyenne de présence s'élève donc à 10 jours 27/100.

Moyenne de séjour....
Nombre de départs..... Le nombre des départements ayant envoyé des malades se faire opérer à la Clinique s'élève pour l'année 1891 à 66.

2^o Clinique externe

Nombre de malades... Le nombre des malades qui se sont présentés à la consultation pendant l'année 1891 s'élève à 47,062 se divisant comme il suit :

Malades {	nouveaux. 14.668	} 47.062
	anciens... 32.394	

Nombre de jours de consultations..... Le nombre de jours de consultations s'élève pour l'année à 305, ce qui constitue une moyenne journalière de 154 30/100.

Moyenne journalière..
Malades nouveaux.... Les malades nouveaux de l'année 1891 doivent être répartis de la manière suivante :

Service Troussseau, 6,664 pour 152 jours de consultations, soit une moyenne journalière de 43 18/100.

Service Chevallereau, 8,004 pour 153 jours de consultations, soit une moyenne journalière de 58 84/100.

Comparaison avec l'année 1890..... Dans le cours de l'année 1890, le nombre des malades nouveaux avait été de 14,050, il y a donc, en faveur de l'année 1891, une différence de 618.

1° Clinique interne

STATISTIQUE DES MALADES HOSPITALISÉS

A LA CLINIQUE NATIONALE

Depuis sa fondation jusqu'au 31 décembre 1891.

CATÉGORIES des MALADES	ANNÉES											TOTAUX généraux
	1881	1882	1883	1884	1885	1886	1887	1888	1889	1890	1891	
Hommes.....	219	264	326	449	442	512	612	702	769	794	912	6,001
Femmes.....	106	190	214	262	303	378	458	564	591	574	643	4,283
Enfants.....	24	22	39	31	59	69	92	107	159	106	139	847
Totaux.....	349	476	579	742	804	959	1162	1373	1519	1474	1694	11,131

Renseignements divers.

Le nombre de journées de traitement, pour les malades ci-dessus, s'est élevé à 120,456, ce qui constitue une moyenne de 10 jours 82/100.

Le nombre des départements ayant envoyé des malades se faire opérer à la Clinique Nationale, du 1^{er} janvier 1881 au 1^{er} janvier 1892, s'élève à 89.

2° Clinique externe

STATISTIQUE DES MALADES NON HOSPITALISÉS

TRAITÉS A LA CLINIQUE NATIONALE

Depuis sa fondation jusqu'au 31 décembre 1891.

ANNÉES	CONSULTANTS	CONSULTATIONS	OBSERVATIONS
1881.....	6.412	27.064	
1882.....	7.908	28.798	
1883.....	8.070	33.121	
1884.....	8.757	41.566	
1885.....	9.332	52.108	
1886.....	9.801	45.476	
1887.....	10.190	44.262	
1888.....	11.275	47.274	
1889.....	13.566	45.764	
1890.....	14.050	44.163	
1891.....	14.668	47.062	
Totaux...	114.029	456.658	

Renseignements divers.

1° Les 114,029 malades traités à la Clinique Nationale et non hospitalisés, depuis son ouverture jusqu'au 1^{er} janvier 1892, ont donné lieu à 456,658 consultations ;

2° Le total général des individus **internes** et **externes** traités à la Clinique Nationale a donc été, jusqu'au 1^{er} janvier 1892, de 125,160, et celui des consultations, pour les deux catégories réunies, de 577,114.

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS

PRATIQUÉES

Par le Docteur A. TROUSSEAU

Cataractes : 229

Cataractes séniles.....	204
Extractions simples.....	190
3 pincements de l'iris	
11 hernies de l'iris	
4 issues du corps vitré	
2 enclavements capsulaires	
4 irido cyclites.	
Extractions avec iridectomie.....	8
Extractions après iridectomie préparatoire.....	3
Extractions dans la capsule.....	3
1 issue du corps vitré	
Cataractes congénitales.....	5
Extractions simples.....	2
1 issue du corps vitré suivie d'hémorragie	
Cataractes traumatiques.....	16
Extraction après iridectomie préparatoire.....	1
Extractions simples.....	7
1 hernie de l'iris	
1 issue du corps vitré	
Extractions avec iridectomie.....	7
Discissions.....	2
Cataractes compliquées.....	4
Extraction simple.....	1
Extractions à la curette (Cataractes luxées)	3
1 issue du corps vitré	

Opérations secondaires : 30

Discissions.....	3
1 irido choroïdite	
1 cyclite légère	
Iridotomies.....	11
1 cyclite	
2 réobstructions pupillaires	
Iridectomies.....	5

Extractions de capsules	4
1 iritis	
1 issue du corps vitré et iritis	
<i>Irideclomies : 52</i>	
Iridectomies optiques.....	12
— pour leucomes adhérents et staphylomes.....	13
2 cyclites	
— pour synéchies.....	10
3 fois impossibilité de détacher l'iris	
— pour hernies traumatiques de l'iris.....	3
— pour cataractes incomplètes ou zonulaires.....	6
— maturatrice suivie de discission.....	1
— pour glaucome aigu.....	4
— pour glaucome chronique.....	1
<i>Enucléations : 8</i>	
Plaie scléro-cornéenne	1
Atrophie irritative du globe oculaire.....	1
Leucomes adhérents ou staphylomes.....	3
Panophtalmie traumatique.....	1
Ophthalmies sympathiques.....	2
<i>Ablations de staphylomes : 2</i>	
<i>Résection du nerf optique : 1</i>	
<i>Strabismes : 15</i>	
Ténotomies.....	9
Avancements capsulaires.....	6
<i>Ptérygions : 3</i>	
<i>Opérations sur les paupières : 20</i>	
Tarsorrhaphies.....	3
Blépharoplasties.....	2
Canthoplasties.....	3
Trichiasis.....	4
Entropion.....	3
Ectropion	3
Ptosis.....	2
<i>Opérations sur les voies lacrymales : 26</i>	
Ablations du sac.....	2
Curettages du sac.....	4
Stricturetomies.....	20
<i>Opérations diverses : 70</i>	
Péritomies, Cautérisations au galvano-cautère, Curettage de granulations, chalazions, Corps étrangers.	
Nombre total des opérations	452

Pendant l'année 1891, j'ai donc personnellement prati-

qué, à la Clinique des Quinze-Vingts, 452 opérations diverses qui se décomposent comme il suit :

Cataractes.....	229
Opérations secondaires.....	30
Iridectomies.....	52
Énucléations.....	8
Ablations de staphylomes.....	2
Résection du nerf optique.....	1
Strabismes.....	15
Ptérygions.....	3
Opérations sur les paupières.....	20
Opérations sur les voies lacrymales.....	26
Opérations diverses.....	70

Je n'ai pas fait figurer dans cette statistique les menues opérations de la pratique journalière, telles que incisions, ou plutôt, débridements légers des points lacrymaux, extractions de corps étrangers insignifiants, ablation de petits chalazions, etc. On trouvera quelques-unes de ces opérations indiquées aux opérations diverses, mais il ne s'agit là que de celles qui ont une importance réelle ou prêtent à quelque considération intéressante. Je me suis encore une fois conformé à ce principe, qu'il est nuisible de grossir une statistique.

Le séjour moyen des malades dans mon service a été de huit jours 10/100. Je compte une moyenne de six à neuf jours pour les cataractes, de trois à quatre jours pour les iridectomies, strabismes, énucléations. Le temps de séjour peut sembler trop court à quelques-uns, mais il me suffira de rappeler l'abondance des demandes d'admission et la possibilité d'envoyer à Vincennes et au Vésinet certains convalescents. On voit quels services énormes il est possible de rendre avec des frais de séjour extrêmement limités. Il est fort intéressant de constater qu'avec huit à dix jours au plus de séjour hospitalier, additionnés de quinze à vingt jours de repos, on peut transformer un être infirme, incapable de gagner sa vie, voué à la mendicité, le plus souvent, en un individu doué de la faculté de ne plus être à charge à personne, de vivre par lui-même, grâce au retour de la vision.

J'ai, cette année, l'immense satisfaction de présenter une statistique vierge de toute suppuration. Grâce aux précautions antiseptiques rigoureuses que j'ai l'habitude de prendre, je n'ai pas eu à déplorer un seul accident infectieux chez mes opérés. Je me sers toujours pour les lavages de la solution de sublimé à 1 pour 2000, sans alcool incorporé; pour les instruments, de l'alcool pur. Je n'ai jamais observé de troubles cornéens consécutifs à l'emploi du sublimé; il n'y a pas de meilleur antiseptique que le sublimé et, comme je l'ai maintes fois répété, il n'est jamais irritant pour l'œil à la dose que je préconise, si on n'y incorpore pas d'alcool. L'alcool pur est le meilleur liquide qu'on puisse utiliser pour baigner les instruments. Il ne les abîme nullement, favorise même leur pouvoir tranchant et jouit d'une action antiseptique supérieure à toutes les autres solutions qui ont été préconisées, acide phénique, oxycyanure de mercure, lysol, etc., et qui toutes détériorent plus ou moins les instruments.

Ceux qui douteraient du pouvoir antiseptique de l'alcool pur n'ont qu'à consulter le travail de Weeks qui a démontré qu'il tuait les germes nocifs en vingt ou trente secondes. Comme pansement direct, j'emploie le pansement sec composé d'une rondelle de gaze au sublimé, recouverte d'un tampon de coton hydrophile. J'ai, du reste, insisté sur ces questions d'antisepsie et de pansement dans le *Bulletin des Quinze-Vingts*, 1888-1889, je n'ai qu'à y renvoyer et à dire que l'expérience n'a nullement modifié les conclusions que je formulais à cette époque. Je suis encouragé à les maintenir par les succès qu'elles m'ont permis d'obtenir cette année et les années précédentes. En effet, je puis enregistrer près de 700 (698 exactement) opérations de cataracte faites de suite dans mon seul service des Quinze-Vingts, sans un seul cas de panophtalmie.

J'ai fait les opérations de *cataracte* par mon procédé simplifié qui consiste, comme on le sait, à repousser l'emploi de la pince à fixer et de l'écarteur et à me servir, pour tout instrument, du seul couteau de de Græfe. Avec ce procédé,

pas de traumatisme inutile, par suite pas de réaction consécutive, chances d'infection réduites au minimum, chances d'accidents pendant l'opération presque complètement évitées; voilà, il me semble, des arguments en faveur de son adoption. Sur mes 204 opérés de cataracte sénile, je n'ai eu comme accidents imputables au procédé d'extraction que 4 issues très légères, insignifiantes, de corps vitré et que je crois pouvoir attribuer, sans me leurrer, à une indocilité invraisemblable des patients.

J'ai encore réduit cette année le nombre de mes extractions combinées, (8 au lieu de 21 l'an dernier) et je n'ai pas eu trop à m'en plaindre au point de vue des hernies de l'iris (11 sur 170 extractions simples), dont la proportion est pourtant un peu plus forte que celle que je signalais en 1890; mais, comme je viens de le faire remarquer, j'ai fait moins souvent l'opération avec iridectomie. J'ai donc couru plus de chances de hernies de l'iris. Dans l'état actuel de nos connaissances, il ne me semble pas possible de descendre beaucoup au-dessous du chiffre de 6/100 de hernies de l'iris, qui est celui que j'ai obtenu cette année. Je crois que c'est encore à la rapidité et à la légèreté de mon procédé opératoire qu'il faut attribuer ce chiffre relativement faible. Je n'ai pas trop à me louer des résections hâtives des hernies de l'iris. Cette résection faite sur un œil fraîchement opéré, irrité, est fort douloureuse pour le sujet, difficile à exécuter et il n'est pas rare qu'elle entraîne quelque issue du vitré ou quelque hémorrhagie abondante. La cautérisation au galvano-cautère n'est guère meilleure. Quoique je ne sois pas absolument fixé sur ce point, je me demande si, à moins que la hernie ne soit volumineuse, il ne serait pas préférable de la laisser telle quelle; fréquemment, les choses s'arrangent assez bien par la suite. Comme je l'ai dit au dernier congrès d'ophtalmologie, j'attribue une certaine influence au pansement pour la production des hernies de l'iris. Presque toutes les hernies que j'ai eues à enregistrer sont survenues en l'espace d'un mois par une fâcheuse série au moment où un aide nouveau était

entré dans le service et appliquait des pansements beaucoup trop serrés. Ayant modifié cet inconvénient, j'ai vu cesser la désolante série. Je n'ai pas la prétention de dire que le mode de pansement soit la seule cause des hernies de l'iris, c'en est au moins une des causes.

Malgré l'opération faite sans iridectomie j'ai eu deux fois un enclavement capsulaire avec phénomènes sérieux de cyclite que j'ai fait cesser par la réouverture de la plaie et le désenclavement de la capsule. Il est bon de constater en passant que l'extraction simple ne met pas absolument à l'abri de cet accident.

Chaque fois que je pratique une opération de cataracte chez un individu qui a subi préalablement une iridectomie, je suis frappé de la facilité de l'intervention et de la beauté du résultat. Il est évident que l'iridectomie préparatoire donne le maximum de chances de succès parfait et que c'est très peu de chose que de faire deux ou trois mois avant l'extraction une iridectomie. Quel malheur qu'il faille compter avec la répulsion des patients pour deux opérations et surtout avec la difficulté qu'ont quelques-uns à se déplacer ! J'ajouterai que s'il était possible de généraliser ce procédé ce serait, pour beaucoup, du temps gagné et de la sécurité acquise, car il éviterait bien des opérations secondaires dont les suites sont plus longues et moins simples que celle de l'iridectomie.

A propos des opérations secondaires, j'ai déjà l'an dernier poussé un cri d'alarme, j'en suis encore moins enthousiaste cette année. Je ne leur reconnais nullement la bénignité que quelques-uns se plaisent à leur accorder et je n'hésite pas à déclarer que je considère une opération secondaire comme plus grave que l'extraction primitive. La dissection ou l'extraction de la capsule surtout m'effraient. Sur 7 opérations de ce genre, j'ai vu survenir quatre fois des accidents, alors que j'ai pu faire, sans ennui sérieux, des centaines d'extractions. J'ai bien moins à me plaindre des iridotomies ou des capsulotomies. Ceci prêterait à de longues considérations, je ne m'y attarderai pas ici, car je

prépare un travail d'ensemble sur cette question qui me semble une des plus graves de la pratique ophtalmologique (1).

J'opère par extraction les cataractes congénitales, je crois que l'iridectomie est presque toujours nécessaire et que l'iridectomie préparatoire est indiquée ici bien plus que pour les autres variétés de cataractes.

Je n'ai rien de bien particulier à dire au sujet des iridectomies; les renseignements figurent dans le corps de la statistique. Je suis toujours très sobre d'iridectomies optiques, je trouve qu'on abuse étrangement de cette opération qui n'est indiquée que dans des cas bien déterminés (leucomes centraux très opaques), et qui gêne plus souvent le patient pour la vision binoculaire qu'elle ne lui est utile.

On remarquera le nombre très restreint d'énucléations (8) que j'ai faites cette année. Je suis donc, à ce sujet, d'un esprit très conservateur et, vu les nombreux inconvénients que présente le port d'un œil artificiel, je n'enlève que les yeux très douloureux, ou dangereux pour le congénère. Il m'arrive, le plus souvent, de refuser de faire une opération cosmétique.

La malheureuse tentative de résection du nerf optique que j'ai faite, dans le but de prévenir l'apparition d'une ophthalmie sympathique et qui n'a pas empêché celle-ci de survenir, me confirme définitivement dans cette idée, que seule, l'énucléation est capable de prévenir, parfois de guérir, l'ophthalmie sympathique. La responsabilité est trop lourde à porter, pour qu'en présence d'un moyen réellement efficace, le chirurgien ose perdre un temps précieux à l'emploi de procédés d'efficacité douteuse.

J'ai fait relativement peu (15) d'opérations de strabisme, ceci tient au genre de malades qui fréquentent les Quinze-Vingts (ouvriers, population pauvre), peu portés à perdre du temps aux opérations purement cosmétiques. J'obtiens

(1) Voir Compte rendu de la Société française d'ophtalmologie, séance du 2 mai 1892.

toujours les meilleurs résultats de l'avancement capsulaire, je ne fais plus un seul avancement musculaire.

Rien à dire sur les opérations des paupières, j'ai indiqué mes procédés dans les derniers bulletins des Quinze-Vingts.

A propos des opérations sur les voies lacrymales, j'ai été assez peu satisfait de deux ablations du sac que j'ai faites très complètes au thermo-cautère, l'une a été suivie d'un ectropion, l'autre d'une récurrence.

Dans les opérations diverses, je n'ai à signaler que cinq curettages de granulations conjonctivales faits par la méthode de M. Darier. J'ai eu de très heureux cas, je crois que cette opération est appelée à rendre de grands services, mais elle ne guérit pas toujours les malades d'emblée et expose à des symblépharons et à des déviations palpébrales. Malgré cela, c'est le seul moyen efficace que l'on puisse opposer aux cas graves.

D^r TROUSSEAU.

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS

PRATIQUÉES

Par le docteur A. CHEVALLEREAU

Dans la statistique des opérations pratiquées dans mon service pendant l'année 1891, je suivrai le même ordre et la même disposition typographique que dans le précédent *Bulletin*, ce qui permettra de comparer, par un simple coup d'œil, le nombre des opérations et les résultats obtenus pendant ces deux années.

Cataractes séniles : Extraction simple.....	175 ;	panophtalmie, 2 ; hernie de l'iris. 5
— Extraction avec iridectomie.....	10	
— Extraction à la curette	2 ;	issue du vitré.. 2
Cataractes traumatiques : Extraction simple.....	18	
— Extraction de corps étranger dans le cristallin....	1	
— Extraction à la curette	1	
— Extraction avec iridectomie.....	3 ;	issue du vitré.. 3
Cataractes adhérentes : Extraction avec iridectomie ..	4	
— Extraction du cristallin dans la capsule.....	2	
Cataractes régressives : Extraction à la curette	1	
— Extraction avec iridectomie ..	1	
— Extraction avec des pinces...	1	
Cataracte glaucomateuse : Extraction avec iridectomie.....	1 ;	issue du vitré.. 1
Cataracte avec décollement de la rétine : Extraction simple.....	2	
Luxation du cristallin dans le vitré : Extraction spontanée.....	1 ;	issue du vitré.. 1
— — Extraction à la curette.....	1	
Luxation du cristallin sous-conjonctivale : Ablation...	1	
Cataracte morgagnienne : Extraction simple	1	
Cataracte congénitale : Extraction simple	5	
— Extraction avec iridectomie...	2	
Iridectomie pour glaucome	15	
— pour cataracte zonulaire.....	1	
— pour leucome.....	37	
— pour occlusion pupillaire.....	4	
— pour iritis ancienne.....	1	
— pour irido-choroïdite.....	3	
— pour retard de cicatrisation après cataracte	3	
	<u>64</u>	

Iridotomie	7
Sclérotomie antérieure pour glaucome	2
Sclérotomie postérieure pour glaucome	4
Synéchetomie	9
Excision de hernie de l'iris traumatique	8
— — après synéchetomie	1
— — après cataracte	5
Paracentèse de la cornée pour ulcère à hypopyon	8
— — pour hypopyon	2
Opération de Scemisch	6
Cautérisation au galvano-cautère pour ulcère de la cornée	5
— — pour hernie de l'iris après ulcère	1
— — pour sclérite	13
— — pour ptérygion	2
— — pour sarcome mélanique très limité	1
— — pour infiltration circonscrite de la cornée	2
Opération de Critchett	2
Excision de staphylome cornéen	1
Névrotomie optico-ciliaire	1
Résection du nerf optique	1
Enucléation pour irido-choroïdite	3
— — pour traumatisme	9
— — — avec corps étrangers	2
— — pour moignon douloureux	7
— — pour panophtalmie après cataracte	2
— — — après résection du nerf optique	1
— — — traumatique	4
— — pour conjonctivite blennorrhagique	2
— — pour glaucome	3
— — pour kératite des moissonneurs	2
— — pour ophtalmie sympathique	2
— — pour panophtalmie par leucome adhérent	1
— — pour buphtalmie	1
— — pour gliome de la rétine	1
— — pour staphylome	3
	43
Décollement de la rétine traité par pointes de feu	8
— — — ponction simple	1
Péritomie aux ciseaux	13
— — ignée	1
Ptérygion : ablation et suture de la conjonctive	2
— — cautérisation au galvano-cautère	4
Ténotomie du droit interne	19
— — — externe	15
Avancement du droit externe	10
— — — interne	5
— — capsulaire du droit externe	1
Symblépharon : transplantation de conjonctive de lapin	1

Ptosis : suture de Dransart.....	5
Opération de Szymanowski	2
Transplantation du sol ciliaire.....	15
Blépharoplastie après épithélioma.....	2
Blépharorrhaphie pour brûlure.....	2
Suture de Snellen.....	1
Canthoplastie	4
Greffes épidermiques	1
Chalazions	66
Milium.....	9
Kystes sébacés	6
Kyste dermoïde	1
Tumeurs érectiles traitées par électrolyse.....	2
— — le thermo-cautère.....	2
Abcès froid de l'orbite : curetage de l'os.....	1
Opération de Weber par le point lacrymal inférieur.....	46
Cautérisation du sac lacrymal au thermo-cautère.....	9
Epithélioma des paupières : Ablation.....	6
Tumeurs des paupières.....	5
Evidement de la cavité orbitaire.....	1
Tumeur fibreuse de la conjonctive	1
Trépanation du sinus frontal	1

Cataracte. — Le total de mes opérations de cataractes diverses faites cette année à la Clinique s'est élevé à 233, contre 202 l'année dernière. Cette augmentation est à peu près en rapport avec l'augmentation du nombre des malades qui sont reçus à la Clinique.

Mon procédé opératoire dans la cataracte sénile est resté exactement le même; je n'ai à signaler qu'une modification dans les soins à donner aux malades après l'extraction. La hernie de l'iris, après l'opération de cataracte, est extrêmement rare chez les opérés de la ville, opérés dans leur lit qu'ils ne doivent quitter que le quatrième jour, tandis que cette hernie se montre de temps à autre chez les malades de la Clinique, opérés au rez-de-chaussée et transportés ensuite au premier ou au deuxième étages; ces malades doivent marcher quelque temps, puis se déshabiller pour se mettre dans leur lit; ces mouvements, joints à l'impossibilité d'une surveillance rigoureuse chez des malades qui ne sont pas toujours très dociles, me paraissent être assurément la cause de cette plus grande fréquence de la hernie. Pour éviter cette complication, pendant tout le cours de

l'année dernière, j'instillais après l'opération quelques gouttes d'un collyre à l'ésérine; j'ai eu néanmoins, en 1890, 12 hernies de l'iris sur 202 cataractes, soit une proportion de 6 %.

En 1891 j'ai continué à instiller de l'ésérine chez tous les malades jusqu'au 20 juin; j'avais alors fait, depuis le 1^{er} janvier, 99 extractions de cataractes, dont 84 de cataractes séniles sans iridectomie et j'avais eu 2 hernies de l'iris; soit une proportion de 2 %, de beaucoup inférieure à celle que j'avais eue l'année précédente. Néanmoins, à partir du 20 juin et jusqu'à la fin de l'année, je n'ai plus instillé d'ésérine chez un seul malade. Dans cet intervalle j'ai fait 134 extractions de cataracte, dont 91 extractions simples sans iridectomie, et j'ai eu 3 hernies de l'iris, soit 2,2 %. Les résultats ne diffèrent donc pas sensiblement et cela me porterait à considérer l'instillation d'ésérine après l'opération de la cataracte comme inutile, mais je vais actuellement plus loin. Dans les cas où il n'y a pas eu d'instillation d'ésérine, la pupille me paraît plus ronde, plus nette, il y a moins de tendance à l'accroissement de la périphérie de l'iris à la plaie cornéenne. En ajoutant cette considération que l'ésérine est parfois mal supportée par les malades à cause des douleurs qu'elle provoque, je crois qu'il y a tout avantage à abandonner complètement ce médicament chez les opérés.

Les cas d'issue du vitré ont été fort peu nombreux, 6 en tout, et, dans un seul cas, cette issue s'est faite en quantité assez considérable pour constituer une véritable complication.

Dans deux cas, enfin, nous avons eu la plus pénible des complications, la panophtalmie, alors que rien, ni du côté des voies lacrymales, ni du côté de la conjonctive ou du bord palpébral, ni du côté de l'état général, ne faisait prévoir cet accident. Dans l'un des cas cependant, il s'agissait d'une malade très âgée, soixante-dix-neuf ans; il s'est fait chez elle une hernie de l'iris, et c'est de là qu'est partie la suppuration.

Il est assez rare que la plaie cornéenne ne soit pas cic-

trisée le quatrième jour, lors du premier pansement ; dans plusieurs cas cependant, nous avons eu des cicatrisations extrêmement retardées, l'une jusqu'au vingt-unième et l'autre jusqu'au vingt-troisième jour, et cela sans raison appréciable. Ce retard dans la cicatrisation a non seulement pour inconvénient d'amener, en général, un trouble de la cornée dans le voisinage de la plaie ; on peut aussi craindre constamment une hernie de l'iris. Dans un cas de ce genre, le vingt-unième jour, nous avons fait une iridectomie, quoique l'iris fût toujours bien en place ; le surlendemain, la plaie cornéenne était bien cicatrisée. Depuis, dans plusieurs cas du même genre, il nous a semblé que l'iridectomie, faite après coup, hâtait la cicatrisation de la cornée, et dorénavant, nous nous proposons de faire l'iridectomie sur tous les malades chez lesquels la plaie de la cornée ne serait pas cicatrisée vers le dixième jour, quoique nous ne puissions dire par quel mécanisme agit alors cette opération.

Plusieurs fois, cette année, ayant constaté au quatrième jour un accollement de l'iris à la plaie de la cornée, cette plaie étant cicatrisée, il nous est arrivé de rouvrir cette plaie avec la petite spatule plate, de dégager l'iris et de le remettre en place. La réouverture de la plaie est en général facile au quatrième jour, quoiqu'on éprouve parfois une assez grande résistance ; de même on arrive en général à remettre l'iris bien en place, surtout lorsqu'on l'y aide par le collyre à l'ésérine, mais la plaie de la cornée étant taillée très en biseau, il peut être très difficile de dégager l'iris accolé à la cornée en arrière de sa lèvre postérieure.

Ulcères de la cornée. — Dans notre statistique figurent cinq cautérisations au galvano-cautère pour ulcère de la cornée ; mais ce procédé nous a donné d'assez mauvais résultats pour que nous ne soyons plus tenté de le faire figurer dans notre statistique. Le plus qu'on puisse demander au galvano-cautère appliqué sur la cornée, c'est généralement de ne pas nuire, mais il n'est guère possible de compter sur lui pour arrêter le développement d'un

ulcère, et souvent il ne fait qu'augmenter la destruction de la cornée. Aussi le traitement auquel nous aurons le plus souvent recours en pareil cas c'est l'application d'un simple bandeau compressif ouaté, qui a ce double avantage de comprimer et d'entretenir une température constante. Nous y joignons l'instillation de collyre à l'atropine quand on renouvelle le pansement, c'est-à-dire environ tous les deux jours, et quelquefois la paracentèse de la cornée ou l'opération de Sœmisch.

Décollement de la rétine. — Le galvano-cautère nous a servi, au contraire, dans un très grand nombre de cas, appliqué sur la sclérotique, et nous continuons à nous trouver très bien de son emploi dans les cas de décollement rétinien. Nous avons pu ainsi arrêter tous les cas de décollement rétinien qui se sont présentés à nous dans le cours de l'année dernière, et, chez quelques-uns, nous avons pu voir la rétine se recoller sur une partie de son étendue. Il faut, pour cela, employer soit la petite pointe très fine du thermo-cautère, soit une anse également fine du galvano-cautère, de manière à pénétrer assez profondément dans la sclérotique, sans toutefois la perforer. Ces applications doivent être faites au niveau même du décollement et répétées tous les quinze jours à peu près. Il est à peine besoin d'ajouter qu'avec la cocaïne elles sont absolument indolores et que, d'autre part, elles ne peuvent avoir le moindre inconvénient.

Chez une dame atteinte de décollement myopique avec liquide sous-rétinien très abondant, nous avons fait en ville une ponction de la sclérotique avec un couteau de de Græfe, au niveau du décollement, de manière à faire écouler le liquide, puis cette dame a gardé le lit très rigoureusement dans la position horizontale. Au premier examen ophthalmologique que nous avons pratiqué chez elle, trois jours après la ponction, le décollement rétinien avait complètement disparu, et nous n'avons même pas pu en retrouver trace; cette dame a ainsi gardé le lit pendant quinze jours, son décollement restant guéri en apparence; mais dès

qu'elle a quitté le lit, son décollement, ainsi que c'était à prévoir, s'est reproduit comme auparavant. Chez un malade de la Clinique, nous avons fait, en même temps, une ponction de la sclérotique, puis l'application de pointes de feu au niveau du décollement, mais nous n'avons pas eu plus de succès que chez notre malade de la ville.

Enucléations. — Nous avons fait, cette année, un nombre considérable d'enucléations, 43, dont 15 pour des yeux perdus par suite de traumatismes. Nous croyons, avec un certain nombre de nos confrères, que cette opération a donné lieu à des abus, et qu'il faut faire tous ses efforts pour conserver un œil dans tous les cas où cela est possible; mais nous n'hésitons pas à enlever un œil qui est ou peut devenir une cause de danger pour son congénère, lorsque le malade, après nous avoir vu, doit retourner à la campagne où les soins pourraient lui manquer en cas de début d'une ophthalmie sympathique. De même, lorsqu'un moignon douloureux empêche tout travail continu, en particulier chez les sujets qui doivent travailler la tête baissée, et lorsque le globe, très volumineux et très déformé; s'oppose au port d'une pièce artificielle, nous ne croyons pas que le malade doive regretter la perte d'un organe qui ne peut que compromettre sa situation.

Strabisme. — Dans les cas de strabisme, depuis quelques mois, nous n'avons plus fait que très rarement l'avancement musculaire, même dans les cas de strabisme allant jusqu'à 50°, nous trouvant très bien d'un moyen beaucoup plus simple et généralement suffisant. Dans le strabisme convergent, par exemple, après section du droit interne, nous soulevons fortement la conjonctive au voisinage du bord externe de la cornée, puis nous engageons sous cette conjonctive une aiguille qui vient cheminer jusqu'à l'angle externe où l'aiguille sort. Si nous serrons ce fil, nous attirons ainsi la cornée en dehors et nous la laissons dans cette position pendant deux ou trois jours, c'est-à-dire pendant un temps suffisant pour que le muscle droit interne, d'autant plus reculé que la cornée est portée plus en dehors, contracte

des adhérences dans cette nouvelle position. Pour augmenter l'effet, nous recommandons au malade de porter le plus souvent possible son œil du côté de la suture, de manière à reculer d'autant l'insertion du muscle sectionné. Dans le cas où le fil ainsi placé ne devrait pas être suffisant, nous prenons dans cette anse de fil, non seulement la conjonctive, mais la capsule du droit externe et peut-être le muscle lui-même, c'est-à-dire que la pointe de notre aiguille rase autant que possible la sclérotique, puis, même, au lieu de la faire sortir dans la conjonctive, nous la faisons sortir dans la peau un peu en dehors de la commissure externe; on peut ainsi amener la cornée au contact de la commissure et avoir un effet considérable.

Il peut se faire que le fil coupe la conjonctive, ce qui diminue considérablement l'effet produit; il peut se faire aussi que le muscle sectionné, trop fortement rétracté, n'ait plus une énergie suffisante. Ce procédé n'est donc pas, bien entendu, applicable dans tous les cas; mais, fréquemment, il rendra de très grands services, et il offre cet avantage d'être beaucoup plus simple que l'avancement musculaire et d'être peu douloureux.

Conjunctivite granuleuse. — Il est une petite opération qui ne figure pas dans notre statistique et à laquelle cependant nous nous sommes fréquemment livré depuis le mois de mai dernier : c'est le frottement des paupières dans les cas de conjunctivite granuleuse. Il est un point sur lequel nous tenons à insister tout d'abord et que nous faisons presque journellement constater aux élèves qui fréquentent la Clinique : c'est que, contrairement à une opinion trop répandue, les granulations de la conjonctive ne siègent pas au niveau des culs-de-sac, mais uniquement au niveau de la portion tarsienne, et même, dans les cas où, l'affection étant très ancienne et très prononcée, on trouve, en même temps, des granulations sur la conjonctive bulbaire, même dans ces cas, les culs-de-sac sont très généralement respectés. Le fait est des plus faciles à constater; il suffit de retourner la paupière supérieure en priant le malade de

regarder fortement en bas; la conjonctive du cul-de-sac apparaît ainsi toujours saine. Dans les cas anciens où les culs-de-sac disparaissent peu à peu, cela tient à ce que, par le fait des cicatrices, de la rétraction, qui se produisent au niveau de la portion tarsienne, la conjonctive très mobile des culs-de-sac est peu à peu attirée vers le bord libre des paupières. En résumé, il nous paraît tout à fait erroné de donner comme siège de prédilection aux granulations de la conjonctive les culs-de-sac, où ces granulations, au contraire, ne se rencontrent presque jamais.

Ce n'est pas seulement ici une question d'interprétation et d'étendue à donner au mot cul-de-sac. C'est bien à la muqueuse située au delà de la portion tarsienne qu'un certain nombre de nos confrères se sont adressés. Ainsi, nous n'arrivons pas à nous expliquer, par exemple, l'utilité de l'excision des culs-de-sac sains dans le traitement de la conjonctivite granuleuse; nous n'arrivons pas davantage à nous expliquer l'utilité de ces pinces spéciales destinées à enrouler plusieurs fois la paupière sur elle-même, pour mettre à nu les culs-de-sac sur lesquels on fait ensuite des scarifications profondes et un frottement des plus énergiques, visant ainsi le tissu sous-muqueux, qui ne nous paraît nullement en cause, d'autant moins en cause qu'à ce niveau la muqueuse elle-même n'a rien. Ce dernier procédé, très douloureux, nécessite une pince spéciale et le chloroforme. La chose nous paraît beaucoup plus simple.

Le malade ayant reçu plusieurs fois, à quelques minutes d'intervalle, l'instillation de collyre à la cocaïne, se couche sur le fauteuil à opération, nous renversons les paupières et nous maintenons les paupières ainsi renversées, la supérieure avec le pouce, l'inférieure avec l'index de la main gauche. Notre index de la main droite est entouré d'une compresse de grosse toile rude, imbibée d'une solution de sublimé à 1/500. Dès que l'on commence à exercer des frictions avec cette compresse, le malade se contracte, la muqueuse se renverse de plus en plus et l'on voit ainsi la muqueuse saine, par conséquent au delà des parties qui

sont le siège habituel des granulations ; nous demandons au malade de regarder en bas pendant que nous frottons la paupière supérieure, en haut pendant que nous frottons la paupière inférieure, en dedans pendant que nous frottons au niveau de la muqueuse de l'angle externe. Ce dernier point est très important : c'est toujours au niveau de la muqueuse de la commissure externe que les granulations ont le plus de tendance à persister ; il faut donc déplisser, étaler fortement cette muqueuse et pour cela faire les frictions en allant de dehors en dedans.

Il faut faire ces frictions d'une façon assez énergique, mais non pas à l'aveugle ; la compresse doit être conduite par l'ongle de l'index sur les points où l'on voit des granulations. La première fois il y a une hémorrhagie assez abondante qui, par la suite, diminue de plus en plus. Il faut avoir soin d'éviter la cornée, ce qui est généralement facile.

Des frictions trop énergiques pourraient avoir des inconvénients chez les personnes âgées, chez lesquelles le ligament suspenseur du cristallin aurait de la tendance à se rompre ; on évite cet accident en demandant au malade de regarder du côté opposé à la paupière sur laquelle on frotte et en frottant de bas en haut pour la paupière supérieure, de haut en bas pour la paupière inférieure, ce qui offre, en outre, l'avantage de mieux déplisser la muqueuse.

Ce procédé, très simple, offre l'avantage d'être aussi peu douloureux que possible. La cocaïne suffit largement, sans qu'il y ait lieu de penser au chloroforme qui, d'ailleurs, en empêchant le malade de porter son œil dans la direction que l'on désire, ne pourrait ainsi que rendre le procédé plus difficile. Les enfants mêmes, s'ils pleurent la première fois, s'y prêtent les fois suivantes de la meilleure grâce. Il permet de détruire les granulations partout où il en existe en produisant le moins possible de lésions.

Cette solution de sublimé à 1/500 est très bien supportée, non pas seulement par la conjonctive, mais aussi par la cornée, au niveau de laquelle, il est vrai, elle arrive

peu en contact. Nous employons ce procédé même dans les cas où il y a des ulcérations de la cornée et du pannus, et il est curieux de voir avec quelle rapidité ces lésions s'améliorent, si bien même que nous avons employé le même traitement avec quelque succès chez deux malades chez lesquelles, malgré la disparition de granulations anciennes, il persistait des pannus d'origine granuleuse.

Comme adjuvant, nous employons le collyre à l'atropine à 0 gr. 05 pour 10 grammes dans tous les cas où il y a des lésions de la cornée, des compresses chaudes, puis la pomade à l'oxyde jaune de mercure à 1/100. Nous attachons, de même, un grande importance au traitement général.

Les frictions sont faites, au début, deux fois par semaine, puis nous les écartons de plus en plus. Après huit à dix frictions, en moyenne, la guérison est obtenue. Toutefois, comme notre expérience ne remonte qu'au mois de mai dernier et que nous ne prétendons pas éviter radicalement les récidives, nous faisons revenir les malades, même guéris, une fois par mois. Eh bien ! le nombre de ceux qui nous reviennent ainsi guéris, avec des conjonctives aussi peu cicatricielles que possible, nous encourage de plus en plus à persister définitivement dans cette méthode, qui est très simple, non douloureuse et qui procure aux malades un soulagement considérable dès le début.

Dr A. CHEVALLEREAU.

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS

PRATIQUÉES

Par le docteur VALUDE

(Relevé de M. de BOURGON, aide de clinique.)

Pendant l'année 1891, le docteur Valude a pratiqué dans son service de la clinique des Quinze-Vingts, 574 opérations (non comptés les débridements des voies lacrymales et les extractions de corps étrangers de la cornée et de la conjonctive).

Ces 574 opérations se répartissent ainsi :

Sur les paupières.....	90
— le sourcil.....	6
— l'appareil lacrymal.....	20
— la conjonctive.....	31
— le globe oculaire en général.....	16
— la cornée.....	32
— la sclérotique.....	13
— l'iris.....	99
— le cristallin.....	221
— le nerf optique.....	3
— les muscles de l'œil.....	43
Total.....	574

Qui se décomposent ainsi qu'il suit :

Opérations sur les paupières :

Extirpation de chalazions.....	47
Cautérisation linéaire pour entropion.....	9
Opération d'Anagnostakis avec la modification du professeur Panas pour entropion.....	4
Anse de Snellen.....	3
Suture de Gaillard.....	3
Blépharoplastie par pivotement.....	3
— par l'échange de lambeaux.....	1
Ablation de tumeurs bénignes.....	7
Ablation de tumeurs malignes.....	3
Tarsorrhaphie.....	4
Opération de Dransart (ptosis).....	2
Canthoplastie.....	1
Ouverture d'un abcès de la paupière.....	1
Dissection d'ectropion cicatriciel.....	1
Suture après avivement d'une déchirure traumatique de la paupière.....	1
	90

Sur le sourcil :

Ablations de kystes dermoïdes	2
— sébacés.....	4
	6

Sur l'appareil lacrymal :

Ablation de la glande lacrymale palpébrale.....	1
Opérations sur le sac.....	19
	20

Sur la conjonctive :

Ptérygion	8
Dissection de symblépharon.....	5
Scarification de granulations suivie de brossage au sublimé au 1/500.....	3
Péritomie à l'instrument tranchant.....	1
Cautérisation de nævi multiples.....	1
Ablation de cancroïde du limbe.....	5
Abrasion d'une taie chimique.....	1
Ablation d'une tumeur de la caroncule.....	1
— de lipome sous-conjonctival.....	2
— de kyste transparent.....	1
Ignipuncture de granulations isolées.....	3
	31

Sur le globe :

Enucléation.....	12
Résection du segment antérieur.....	4
	16

Sur la cornée :

Sclérotomie.....	1
Tatouage.....	14
Paracentèse au galvano cautère.....	1
— au couteau lancéolaire.....	8
Opération de Scemisch.....	1
Opération de Bader.....	2
Cautérisation d'ulcères infectieux	3
Suture de la cornée.....	2
	32

Sur la sclérotique :

Galvanopuncture pour sclérite.....	7
— pour décollement rétinien.....	6
	13

Sur l'iris :

Iridectomie	72
Iridectomie et irido-capsulotomie.....	9
Extraction d'un corps étranger à l'électro-aimant.....	1
Destruction de hernies iriennes avec le galvanocautère...	7
— avec la pince ciseaux....	8
Synéchotomie.....	2
	99

Sur le cristallin :

Extraction de la cataracte.....	205
Opération de cataracte secondaire.....	{ Discission..... 8 Extraction de la membranule .. 5
Extraction d'un cristallin luxé.....	
— — normal (myopie forte.....)	1
Discission maturatrice (myopie forte.....)	1
	221

Sur le nerf optique :

Résection dans l'ophtalmie sympathique.....	3
	3

Sur les muscles :

Ténotomie.....	4
Ténotomie et avancement capsulaire.....	34
— — musculaire.....	4
Suture du droit supérieur et du droit interne dans un cas de rupture traumatique.....	1
	43

Les 205 opérations de cataracte se répartissent elles-mêmes ainsi :

Opération sans iridectomie.....	156
— avec iridectomie.....	43
— avec iridectomie et dans la capsule.....	6
Total.....	205

Aucun cas de panophtalmie ne s'est produit.

Les 156 extractions sans iridectomie ont donné 13 enclavements de l'iris (dans trois cas à la suite d'accès de toux). Le pourcentage des enclavements de l'iris est donc de 7 en-

viron. Il y a eu dans 7 cas issue d'une légère quantité de vitreum, la proportion des hernies du corps vitré est donc de 3,5 0/0 ; toutefois, il est à remarquer que l'issue du corps vitré ne s'est produite exclusivement que dans les cas de cataracte pathologique, et que le plus souvent elle était prévue.

Pour l'opération de la cataracte, au-dessus de l'antisepsie sur laquelle il est inutile d'insister, que chacun pratique à sa manière et suffisamment pourvu qu'elle soit appliquée avec soin, il y a, selon nous, deux points véritablement prépondérants, c'est la taille du lambeau et le caractère du pansement.

Le lambeau doit être taillé à la périphérie de la cornée, juste au limbe *pour se prêter à une bonne coaptation*.

Le pansement doit être *sec, occlusif*, et demeurer quatre jours en place, quoi qu'il se produise, à moins de certains cas tout exceptionnels.

Ces deux points nous paraissent primer l'antisepsie elle-même et, toutes choses égales d'ailleurs, s'il fallait choisir, je placerais un pansement quelconque, mais sec et occlusif, avant un pansement très antiseptique, mais humide et renouvelé fréquemment. De même, je préférerais un lambeau bien taillé dans un œil non antiseptisé à un lambeau mal coapté dans un œil très correctement antiseptisé.

Ce que nous savons de la permanence des microbes conjonctivaux et ce que j'ai constaté moi-même par des recherches bactériologiques, pratiquées sur des yeux opérés et demeurés sous le pansement, autorise cette manière de voir.

Quoi qu'on fasse, en effet, qu'on désinfecte tant qu'on voudra les culs-de-sac et les voies lacrymales, il restera toujours quelques microbes à la surface de la conjonctive et non des moins dangereux. Le but principal ne doit donc pas être de soustraire la plaie à ces microbes (on ne le peut pas), mais d'en hâter la réunion primitive pour que l'exposition au danger, qui ne peut être écarté, soit au

moins la plus courte possible. Et c'est ce qu'on obtient au maximum par un pansement qu'on ne dérange pas chaque jour et par un lambeau arrondi, taillé au limbe.

Ce qui ne veut pas dire, on le comprendra bien, que nous refusions à l'antisepsie sa valeur ; nous la pratiquons avec le plus grand soin et nous la considérons comme un facteur de grande importance, mais nous ne lui accordons pas la première place dans nos préoccupations.

De tout ceci résulte que, pour nous, tout procédé opératoire est acceptable, pourvu que le lambeau soit correctement taillé, qu'on emploie à ce but telle ou telle instrumentation ou pas d'instrumentation du tout. Nous avons dans cette année 1891, opéré 205 cataractes et par plusieurs procédés : D'abord, par la méthode ordinaire avec l'écarteur, la pince à fixer et la discission au kystitome ; nous avons exécuté ensuite la discission au couteau, supprimant ainsi un instrument.

Enfin, imitant la pratique de notre collègue Trousseau, renouvelée de quelques vieux auteurs et de Pellier de Quengsy en particulier, nous avons réduit l'instrumentation au seul couteau : écartant les paupières avec les doigts et fixant le globe du même coup, on parvient aisément à pratiquer la kératotomie et en même temps la discission. Avec ces procédés divers nous avons obtenu des résultats identiques, car nous avons toujours eu soin de tailler le lambeau au niveau du limbe, ce qui est du reste la pratique générale.

Notre méthode antiseptique est restée la même, elle consiste en lavages et récurages de la cavité conjonctivale à l'aide de la solution de sublimé à 1/5000. Les instruments sont immergés dans la solution d'oxycyanure à 1 %. A l'égard de cette dernière substance nous n'aurions que du bien à en dire, si elle était fournie par les pharmaciens, régulièrement à l'état de pureté ; malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi et quelques désagréments survenus depuis peu, nous font lui préférer soit l'alcool absolu, soit la solution phéniquée à 3 % comme

bain instrumental. Les instruments peuvent être passés dans l'eau distillée, au moment de servir ou même portés directement sur l'œil sans crainte d'une trop grande irritation.

Nous avons pratiqué l'extraction du cristallin transparent, des deux yeux, pour un cas de myopie forte chez un enfant de dix ans. (L'observation a été présentée à la Société d'ophtalmologie de Paris). Cet enfant, qui ne pouvait lire qu'à une distance infiniment courte, et qui n'aurait pu, certes, embrasser aucune carrière, lit maintenant avec facilité à la distance ordinaire. Les tentatives opératoires de ce genre et dans certains cas particuliers, nous semblent très légitimes.

L'année 1891 a contribué à faire l'oubli autour de la résection du nerf optique, et surtout des injections intraoculaires de sublimé comme action préservatrice de l'ophtalmie sympathique ; les efforts se sont dirigés cette année plutôt du côté du traitement mécanique des granulations, et du curettage du sac lacrymal, pour le cas de dacryocystite suppurée. Ce dernier mode de traitement nous semble destiné à un avenir sérieux, car il permet d'attaquer avec succès ces mucocèles contre lesquelles le cathétérisme, sous toutes formes, restait totalement impuissant. Le principe de cette méthode de traitement consiste, en somme, en la modification de la muqueuse du sac par une action mécanique suivie ordinairement d'un attouchement avec une substance antiseptique ou caustique, ou les deux à la fois telle qu'est la solution de sublimé à 1 0/0. Autour de cette méthode fondamentale il a été imaginé quelques procédés particuliers, et à ce point de vue on peut diviser en deux camps les opérateurs : ceux qui cherchent à conserver l'intégralité de l'appareil lacrymal, soit en agissant par les voies naturelles élargies, soit en suturant après

l'opération, la paroi du sac; puis ceux qui s'attachent surtout à modifier d'une façon durable la muqueuse du sac et qui, à cet effet, maintiennent ouverte la plaie opératoire pendant un certain temps. Nous sommes de ces derniers.

Pourquoi redouter, en effet, de laisser béante la plaie chirurgicale faite au sac par la voie externe? On sait avec quelle facilité se guérissent ces plaies abandonnées à elles-mêmes et combien invisibles en sont les cicatrices, toujours. Aussi ne comprenons-nous guère qu'on sacrifie à une esthétique de convention, la sécurité du traitement du sac à ciel ouvert. Ce dernier nous a donné cette année de très beaux résultats. Le manuel opératoire a été le suivant : ouverture large du sac au bistouri, par la peau; évacuation du sac et curettage soigneux des parois à la cuiller tranchante; attouchement des parois avec une solution caustique de sublimé à 1 0/0. Le sac est solidement bourré avec une longue mèche de gaze iodoformée. Quatre jours après, et tous les quatre jours dans la suite, la mèche est retirée et s'il existe encore de la sécrétion dans la profondeur du sac on réitère l'attouchement au sublimé soit à 1, soit même à 2 0/0. La plaie est maintenue ouverte avec des mèches, à la vérité de plus en plus petites, pendant trois semaines environ. Dès que la mèche est supprimée la guérison est complète en quelques jours. Avec ce procédé nous avons obtenu non pas une oblitération du sac, rarement réalisable, mais une réduction énorme de sa cavité et surtout une disparition totale du phénomène de catarrhe suppuratif. Il nous semble difficile de concilier la réunion « per primam » avec un nettoyage complet des parois fongueuses du sac, car il nous est arrivé d'être obligé d'y porter à plusieurs reprises le caustique chimique.

Depuis plus d'une année, nous traitons par le seul pansement sec occlusif, les ulcérations infectieuses de la cornée avec ou sans hypopyon, sauf dans le cas où cette affection est due à une dacryocystite. De plus en plus,

nous sommes partisan de cette méthode inspirée par notre ami Gama Pinto (de Lisbonne), que nous avons fait connaître par une communication à l'Académie de médecine (10 février 1891); nos interventions en pareil cas, soit par le fer, soit par le feu, deviennent de plus en plus rares. Actuellement encore, nous tenons sous le bandeau un œil atteint d'ulcération centrale avec hypopyon considérable. Il s'agit d'une dame âgée, et le pus remplissait la chambre antérieure à moitié; il n'y avait pas de dacryocystite. On avait proposé l'opération, c'est-à-dire la ponction ignée et l'évacuation du pus. Nous appliquâmes un pansement sec, bien occlusif, et à la première levée de celui-ci, au bout de quatre jours, nous avons constaté la disparition totale de l'hypopyon et un éclaircissement notable de la cornée. Nous employons, en pareil cas, un pansement antiseptique iodoformé, mais ici, encore, l'occlusion prime, et de beaucoup comme importance, la valeur antiseptique du topique appliqué.

Nous sommes resté fidèle à la restauration des paupières par lambeau pris à la face toutes les fois qu'on le pourra. La greffe par la méthode de Thiersch semble, cependant, mais elle seule, donner des résultats satisfaisants. Quant à la greffe cutanée ordinaire, elle reste une méthode infidèle et cette année à plusieurs reprises nous avons encore pu faire des comparaisons, toutes à l'avantage, et de beaucoup, de la méthode française par pivotement.

De même pour l'ablation des épithéliomas des paupières et surtout des angles, nous conservons l'opinion qu'il faut proscrire la réunion primitive, laquelle n'a nul avantage et qui, d'autre part, présente le double inconvénient de masquer les récidives et d'empêcher de les traiter.

Cette année encore, chez un homme qui présentait une

large ulcération cancréide de l'angle interne, nous avons enlevé cette tumeur sur une étendue de 6 centimètres carrés environ. La plaie primitive s'étendait presque au milieu de la joue; aujourd'hui, le malade est guéri, sans récurrence, et il ne reste plus trace presque d'une telle opération; on ne peut se rendre compte de l'étendue de l'ablation, tellement est peu de chose la cicatrice. Aurions-nous taillé si largement et par suite n'aurions-nous pas eu de récurrence, si nous avions été incité à l'épargne par l'idée d'une réunion primitive, même par le fait d'un lambeau hétéroplastique?

Dans le cancréide des paupières, nous pratiquons donc l'extirpation sans arrière pensée, en laissant la nature faire les frais de la réparation, sauf, plus tard, à lui venir en aide au moyen d'une restauration secondaire toujours plus facile et moins étendue que n'eût été la réparation immédiate.

D^r VALUDE.

Février 1892.

RELEVÉ DES OPÉRATIONS

PRATIQUÉES PENDANT L'ANNÉE 1891

Par le docteur KALT

I. *Cataractes.*

Le nombre des cataractes opérées dans mon service s'élève au chiffre de 152, qui se décompose ainsi :

Cataractes séniles simples.....	131	} 152
— compliquées.....	9	
— traumatiques.....	9	
— congénitales.....	3	

J'ai fait, en outre, 11 opérations secondaires :

Discissions avec le kystitome.....	4	} 11
Irido-capsulotomies.....	5	
Extractions avec la pince.....	2	
Cicatriscotomies après le prolapsus.....		7

II. *Glaucomes.*

Sclérotomies antérieures.....	9
— postérieures.....	3
Iridectomies antiglaucomateuses ou préventives.....	26

III. *Iridectomies.*

Iridectomies optiques.....	36
Iridodialyse périphérique.....	1
Iridectomies maturatives.....	2

IV. *Strabisme.*

Ténotomies et avancements capsulaires.....	17
Ténotomies simples.....	4

V. *Conjonctive.*

Polypes conjonctivaux.....	1
Tonsures.....	8
Tatouages.....	3
Ptérygions.....	5

VI. *Globe oculaire.*

Section optico-ciliaire.....	1
Enucléations.....	19
Opérations de Critchell.....	2

VII. *Affections lacrymales.*

Dacryocystites aiguës :	
Incision et drainage simple.....	4
Dacryocystites chroniques :	
Incision, cautérisation au galvanocautère, drainage simple.....	3
Dacryocystites chroniques :	
Drainage permanent avec un drain métallique.....	10
Excision du sac.....	1
Résection de la glande lacrymale accessoire.....	5
Destruction d'un angiome de la région de la glande lacrymale accessoire.....	1

VIII. *Paupières.*

Ectropion :	
Sutures de Snellen.....	6
Blépharoraphies.....	3
Opération de Szymanowsky.....	4
Autoplastie avec hétéroplastie pour brûlure.....	1
— (cancroïdes), (procédé de l'auteur, 2).....	3
Opération de Wharton Jones (carie du malaire).....	1
Réunion de division complète traumatique de la paupière inférieure.....	1
Canthoplasties.....	5
Chalazions.....	20
Trichiasis :	
Opération d'Anagnostakis.....	5
Sutures de Gaillard.....	2
Ptosis acquis :	
Procédé de Dransart.....	1
— de Panas.....	1
Ptosis congénital :	
Procédé de Dransart.....	2

IX. *Divers.*

Ponction de décollement rétinien traumatique.....	1
Exentération de l'orbite pour sarcome.....	1
Enucléation pour gliome.....	1
Opération d'épicanthus.....	1
Ligature de la carotide primitive pour exophthalmie suite d'anévrysme dans le sinus caverneux.....	1
Kyste dermoïde du sourcil.....	1
Papillome du sourcil.....	1
Ouvertures du sinus frontal pour collections purulentes.....	2

Soit au total 391 opérations de quelque importance. Je laisse de côté les cautérisations de la cornée, le massage des granulations, etc., etc., dont l'énumération n'a aucun intérêt. Je vais passer en revue les différentes sections de ce tableau, notant les particularités qu'ont présentées

beaucoup de cas intéressants. C'est pour moi une satisfaction bien profonde de présenter au lecteur le fruit de mes méditations et de l'expérience acquise dans le maniement de cet immense matériel qu'offre la clinique des Quinze-Vingts. Bien que ne m'occupant que du quart des malades qui se présentent aux Quinze-Vingts, j'ai pu aux séances de présentations du mercredi par les médecins de la Clinique, voir les malades intéressants de nos collègues, profiter de leurs observations et apprécier leurs procédés opératoires. Enfin, j'ai été bien souvent heureux de faire mon profit des judicieuses remarques faites par les élèves ou les confrères déjà experts en ophtalmologie qui m'ont fait l'honneur de suivre mon service.

Outre les opérations courantes de l'ophtalmologie telles que la cataracte, l'iridectomie, le strabisme, je n'ai pas craint de m'aventurer sur le terrain réservé d'habitude aux chirurgiens généraux. Les observations d'ouverture des sinus frontaux et des cavités nasales pour des tumeurs supposées malignes, une ligature de carotide primitive pour une exophtalmie pulsatile en sont la preuve. Je pourrai rapporter deux observations de restauration de la paupière inférieure détruite complètement dans ses 3/4 internes, y compris la région lacrymale, par un procédé personnel et que je crois nouveau.

Enfin, j'exposerai également un procédé nouveau de drainage du sac lacrymal, au moyen d'un drain métallique laissé à demeure et permettant les irrigations antiseptiques aussi répétées et aussi prolongées qu'on le voudra sans douleur ni accident pour le patient.

Cataracte. — J'ai donné dans le *Bulletin de la Clinique* pour 1890, le procédé que j'emploie et qui n'est que le procédé habituel avec les précautions qui diminuent les chances d'accident. L'écarteur et la pince à fixer ne servent que pendant la section. Pas plus que l'année dernière, je ne me suis décidé à employer le procédé trop simplifié, à mon avis, de notre collègue Troussseau. Très brillant quand le malade est tranquille, il met dans une

situation critique l'opérateur qui veut achever sa section sur un œil livré à des mouvements désordonnés. Le cas n'est pas rare chez les névropathes.

Je conserve le discisseur : il est fort utile quand la capsule est épaissie et adhérente.

Enfin, j'ai eu le bonheur de ne pas voir de panophtalmie cette année. C'est miracle, car trois enclavements de l'iris ont été produits par des malades absolument indociles qui ont arraché leur pansement « pour se gratter l'œil qui démangeait » le soir même de l'opération.

Deux fois seulement j'ai eu des pointes de corps vitré à la suite de cataractes ordinaires. La raison en était dans un nettoyage trop minutieux.

Les enclavements ont été au nombre de 13 sur 140 opérés, soit 9 %, chiffre fort élevé. 7 d'entre eux sont survenus coup sur coup dans une période de six semaines. Il y a là une série que je ne m'explique pas. J'ai cru remarquer cependant qu'ils se sont produits sur des yeux qui sont restés tendus après l'extraction. Les yeux fortement hypotoniques m'ont paru se fermer vite et solidement.

Le meilleur traitement de l'enclavement est de n'y pas toucher. Les plus volumineux se réduisent d'eux-mêmes au bout de trois à quatre semaines et on obtient une cicatrisation à plat en faisant une ou même deux cicatrissatomies avec le couteau de de Græfe. Du même coup, on prévient ainsi les phénomènes glaucomateux, complication des plus redoutables.

Une cataracte striée compliquée de myopie forte a été enlevée : le décollement rétinien n'a pas manqué de survenir. Ce désastre m'a empêché d'essayer du traitement des myopies fortes par l'extraction du cristallin, proposée par M. Vacher à la Société d'ophtalmologie.

Les cataractes secondaires m'inquiètent toujours. Autant que possible, je ne les opère pas, ayant eu des iritis traînantes qui m'ont laissé un mauvais souvenir. Je redoute surtout les extractions de membranes très adhérentes avec la pince. Je suis convaincu que toute traction exercée sur

la zonule expose au décollement rétinien et au glaucome. Bien entendu, lorsque la capsule adhère à l'iris, c'est à l'irido-capsulotomie qu'il faut donner la préférence.

Sur les deux cataractes congénitales que j'ai opérées chez l'enfant, c'est l'extraction immédiate qui m'a donné le meilleur résultat et je me promets bien d'y revenir.

Enfin, deux opérés ont été pris d'hémorrhagies choroïdiennes le soir de l'opération. La dissection de l'un de ces yeux m'a montré un volumineux caillot paraissant provenir de la rupture d'une artère ciliaire après sa pénétration dans la couche des gros vaisseaux. Sur les coupes, le stroma choroïdien était infiltré de globules rouges.

L'antisepsie est toujours la même : nettoyage énergique des paupières avec le sublimé à 1/5000, lavage des culs-de-sac avec la même solution. Pansement sec à la gaze salolée fixé avec une bande de gaze amidonnée qu'on laisse en place quatre jours. Les instruments sont plongés dans l'acide phénique à 2 %, l'oxycyanure n'ayant pas eu toujours une composition constante et ayant attaqué les instruments.

Dans le traitement du glaucome je tends de plus en plus à abandonner la sclérotomie. Cette opération ne me paraît réellement utile que dans des glaucomes secondaires survenant dans le cours des irido-choroïdites. Ici, la brèche irienne ne tarde pas à se reboucher et de plus on assiste à une poussée intense de la maladie. La sclérotomie est peu irritante et détend suffisamment l'œil. On la répète au besoin et sans avoir à craindre de s'exposer à ces enclavements de l'iris si désagréables chez les glaucomateux purs.

Dans le glaucome aigu ou subaigu, le meilleur traitement me paraît être la paracentèse cornéenne répétée avec instillations d'ésérine. On détend ainsi l'œil, les douleurs se calment, et vers le deuxième ou troisième jour, on peut exécuter correctement l'iridectomie.

Le strabisme ne m'a pas donné lieu à des remarques particulières. L'avancement capsulaire combiné avec la ténotomie donne presque toujours de bons résultats et

je ne fais plus d'avancements musculaires. J'ai observé cependant sur un jeune homme de vingt ans un accident grave à la suite d'un ténotomie du droit interne avec avancement capsulaire du droit externe. L'opération avait été faite très correctement, les aiguilles passées dans le tissu épiscléral (et non dans la sclérotique comme le recommande M. de Wecker). Dans les jours qui suivirent la cornée se troubla, l'épithélium devint très rougeux et le malade se plaignit de douleurs ciliaires. Les accidents ne firent qu'augmenter et vers le dixième jour je constatai l'existence d'un glaucome. Je fis deux sclérotomies qui ramenèrent la tension à l'état normal; mais la cornée resta laiteuse et la vision, qui était bonne, fut perdue.

Etant certain de n'avoir pas passé mes fils trop profondément dans la sclérotique, je ne puis pas m'expliquer l'apparition de ce glaucome.

La *section optico-ciliaire* a été pratiquée une fois. L'œil est devenu phtisique et j'ai eu pendant longtemps des phénomènes irritatifs dans l'orbite. La faveur dont a joui il y a deux ans cette opération me paraît diminuer singulièrement et sans doute elle n'aura bientôt plus que de rares partisans.

Le traitement des affections lacrymales a toujours été une des grosses difficultés de notre profession et la pratique des différents confrères est extrêmement variable. Dans le larmolement simple avec rétrécissement de la portion commune ou de l'embouchure des canalicules dans le sac, tout le monde est d'accord. La dilatation suffit et point n'est besoin de dépasser le n° 4 de Bowman. Mais dans la dacryocystite confirmée, lorsque le sac distendu se vide mal et se remplit aussitôt, faut-il continuer à employer le vieux débridement du canalicule supérieur avec section du tendon direct de l'orbiculaire, puis obliger le malade à venir tous les jours se faire pousser dans son sac une injection habituellement fort douloureuse, après passage d'une sonde destiné à

agir « mécaniquement » sur la muqueuse, et cela pendant des mois entiers? Au dernier Congrès de la Société française d'ophtalmologie ces résignés ont été l'exception. M. Panas a vivement recommandé, dans les dacryocystites rebelles, la destruction ignée du sac, renouvelée de Celse et d'Aétius. Je dois dire que j'ai vu employer cette méthode pendant plusieurs années dans le service de mon ancien maître, et avec succès. Mais, il faut bien l'avouer, le délabrement est large, l'opération nécessite l'emploi du chloroforme, et enfin on n'est pas certain d'arriver à une oblitération complète et à une cessation du larmoiement.

M. Despagnet a proposé le curettage, puis la cautérisation de la cavité du sac avec le sublimé à 1/200. Le procédé est rapide, débarrasse de suite des masses fongueuses. Reste à savoir s'il empêche les récidives.

J'ai employé plus particulièrement l'incision et la cautérisation avec le galvanocautère, moins énergique, il est vrai, que le thermocautère employé par M. Panas. C'est sans doute la raison qui m'a empêché d'avoir des résultats très satisfaisants. Depuis deux ans, j'ai eu plusieurs récidives. L'impression qui se dégage, pour moi, de tout ce que j'ai vu est celle-ci : dans les dacryocystites aiguës ou chroniques avec fistules ou fongosités, l'ouverture large avec cautérisation énergique ou curettage et tamponnement est ce qu'il y a de meilleur.

Mais il n'en est pas de même pour les blennorrhées simples avec dilatation du sac, non compliquées de fongosités. Ici, la thérapeutique doit rester conservatrice et les antiseptiques seront suffisants, mais à la condition formelle que l'on fournisse un *libre écoulement au muco-pus et qu'on prévienne toute stagnation*. Or, ces conditions ne sont *jamais* réalisées ni par la section du tendon de l'orbiculaire et le débridement supérieur, ni par le passage de sondes volumineuses. Le liquide est gluant, il adhère et ne coule pas. Prétendre qu'une injection journalière, faite avec la seringue ou la sonde creuse, suffise pour entretenir la pro-

prété du sac est une illusion : un quart d'heure après l'injection, le muco-pus est reproduit.

J'ai imaginé un procédé simple, d'une application facile, peu douloureuse, permettant au malade de faire, toutes les deux heures, une injection dans le sac, de le vider de ses mucosités et de rompre ainsi le cercle vicieux de la stase et du catarrhe. Ce procédé est le drain métallique à demeure construit par la maison Luër. Ce drain est un petit tube d'argent long de 12 millimètres, de 1 millimètre de diamètre, percé de trous latéraux, portant un pavillon d'ajutage à une de ses extrémités, terminé de l'autre par un fil d'argent fin de 3 centimètres de longueur. Ce petit appareil est destiné à être passé dans le sac et fixé à demeure, de telle sorte que son extrémité évasée émerge au ras de la peau, au travers d'une incision de 4 millimètres faite au ras de l'entrée du canal nasal, tandis que l'extrémité supérieure du tube restera à demeure dans le recessus supérieur du sac lacrymal, derrière le tendon de l'orbiculaire. Il sera maintenu en cet endroit par le fil d'argent qui le prolonge et qui, sortant par le canalicule lacrymal supérieur incisé, se recourbera en boucle au-devant de la peau de la région pré-lacrymale et se rattachera par un tour de spire à l'extrémité inférieure (portant l'ajutage) du tube. L'appareil en place est donc un ovale dont un des grands côtés est constitué par le tube et est intra-lacrymal, et l'autre côté, constitué par le fil, passe sur la peau de la région pré-lacrymale.

Le tube ainsi fixé en place est inamovible et le malade ne le perdra pas. Les injections se font de bas en haut, en adaptant un tube de caoutchouc souple avec embout au pavillon du tube. Une injection poussée dans ce tube souple avec une grosse seringue lave le sac, revient par les côtés de la canule et s'échappe en partie par le conduit lacrymal supérieur. Toutes les sécrétions sont ainsi balayées. Une légère couche de vaseline empêche la formation de croûtes à l'entrée de la canule. Le malade, pour peu qu'il soit intelligent, fait ses injections lui-même

avec du sublimé faible ou de l'acide borique, pour ne pas irriter la conjonctive.

Mise en place. — Prendre une sonde creuse de Wecker n° 2. Recourber son extrémité en demi-cercle de 12 millimètres de diamètre. L'extrémité portant le pavillon est recourbée *légèrement* en sens inverse (forme de S).

Passer, au préalable, par le point lacrymal supérieur débridé un n° 4 de Bowman, le retirer et passer à sa place l'extrémité courbée de la sonde creuse. Le bec passe facilement derrière le tendon de l'orbiculaire et peut être engagé dans l'orifice osseux du canal nasal. Retirer immédiatement ce bec et le faire saillir sous la peau de la paroi antérieure du sac, au ras de l'orifice du canal. Inciser avec un bistouri sur le bec de la sonde et le dégager. Le bec sort au dehors. Comme ce bec est creux, on engagera dans sa cavité, sur une longueur de 6 millimètres, le fil d'argent qui termine le drain métallique et on amènera ce fil d'argent, de bas en haut, au travers du sac et du canalicule supérieur par un mouvement inverse de la sonde creuse. Il suffit de tirer le fil sortant par le canalicule pour que le drain métallique s'engage dans le sac de bas en haut, et sa longueur est calculée de façon que son embouchure évasée dépasse de 2 millimètres les bords de la plaie cutanée. Il n'y a plus qu'à courber le fil d'argent au-devant de la caroncule, de la région pré-lacrymale et de l'assujettir au pavillon du drain. L'appareil est prêt à fonctionner.

Précautions importantes : faire soigneusement la dilatation préalable avec le n° 4. Inciser la peau le plus bas possible au-devant de l'orifice du canal nasal, de façon à ouvrir le sac dans sa portion déclive.

L'appareil sera laissé en place de quinze jours à trois semaines. Le tube se masque, si on le désire, avec une paire de lunettes. L'enlèvement est très facile. On continue pendant quelque temps le catéthérisme et les injections, car il existe fatalement dans le sac un léger catarrhe entretenu par la présence du drain lui-même.

J'ai appliqué ce traitement à une quinzaine de malades. Il m'a donné de bons résultats toutes les fois que je l'ai employé au traitement des blennorrhées, avec dilatation du sac. Il est insuffisant dans le traitement des dacryocystites avec fongosités et fistules anciennes. Ici, il faut ouvrir largement et cautériser ou curetter.

Inutile de faire ressortir les avantages de ce procédé, qui supprime le catéthérisme journalier, si désagréable, et les injections, souvent si douloureuses.

J'ajoute que, si l'on a soin, pendant les premiers jours, d'empêcher le léger gonflement de la peau d'obstruer le pourtour du drain, les injections ressortent très bien et aucune infection de voisinage n'est à craindre. Le premier jour, on fera bien de pousser les injections doucement pour éviter la pénétration dans le tissu conjonctif voisin de la plaie.

Paupières : Blépharoplastie. — La restauration des paupières complètement ou partiellement détruites, est certainement une des opérations les plus intéressantes pour le chirurgien-ophtalmologiste. Ici rien de réglé, comme dans l'opération de cataracte; chaque cas présente des difficultés spéciales et l'ingéniosité de l'opérateur est largement mise à contribution.

Voyons d'abord la restauration de la paupière inférieure.

Sur un malade, homme de cinquante ans, tombé dans le feu, il y a 2 ans, les quatre paupières étaient ectropionnées. A gauche, le front, la tempe, la pommette étaient couverts de tissus cicatriciel. Le bord ciliaire était accolé au rebord orbitaire; l'œil roulait dans l'orbite sans aucune protection. Je fis les incisions transversales, suivant le procédé classique, parallèles aux bords ciliaires, et parvins sans grande difficulté à souder les bords palpébraux par une blépharographie médiane. Deux lambeaux taillés sur le front et la tempe comblèrent incomplètement la perte de substance; en même temps il fallait combler les vides laissés par les lambeaux au front et à la tempe, les tissus du voisinage n'étant pas mobilisables. Je m'adressai donc à la greffe hé-

téropastique, suivant Thiersch. Les greffes, de la largeur de pièces de 2 francs, au nombre de trois, prirent, mais non sans me donner des inquiétudes. En effet, il se produisit un ramollissement du corps muqueux de Malpighi, une véritable fonte purulente qui souleva l'épiderme en forme de phlyctène de vésicatoire. Il fallut employer le pansement humide pour arrêter cette supuration. En outre, l'étendue de la surface des greffes diminua notablement dans la suite. Ainsi fut fortifiée encore chez moi cette conviction, que l'hétéroplastie dermique est utile pour combler rapidement des pertes de substance, mais qu'elle n'a qu'une médiocre valeur lorsqu'il s'agit de « mettre une pièce » dans un endroit rétréci.

Lorsque, comme chez mon malade, la conjonctive et le bord ciliaire, ne sont pas altérés, un lambeau taillé sur la joue permet fort bien de donner à la paupière inférieure une hauteur suffisante; mais la moitié interne de cette paupière a toujours de la tendance à redescendre, à s'ectropionner. En effet, si on donne au lambeau autoplastique une longueur et une largeur suffisantes, pour faire remonter la paupière, ce lambeau sera tellement long qu'il y aura grande chance de le voir se mortifier à son extrémité. J'ai observé cette mortification chez une malade opérée en 1890, en vue de redresser la paupière inférieure ectropionnée à la suite d'un eczéma chronique. Le lambeau fort long que je taillai sur le front, à pédicule nasal, permit de combler facilement la perte de substance; mais son extrémité se nécrosa, et l'éctropion de l'angle externe se rétablit.

Sur les deux malades cités, j'obtins un redressement assez satisfaisant de la paupière inférieure de l'autre œil, avec un procédé par pivotement imité du procédé de Denonvillers. Le lambeau autoplastique fut taillé sur le côté du nez, dans le sillon naso-jugal. Une fois ce lambeau remonté et couché dans l'incision faite à la paupière inférieure, je disséquai les téguments de la joue et pus facilement les amener jusqu'à la base du nez. Le résultat fut

fort satisfaisant, et au bout de quelques mois il ne restait pas de traces bien appréciables de l'opération.

Si j'insiste sur la restauration de la paupière inférieure, c'est que je me suis trouvé en présence de deux cas beaucoup plus difficiles à corriger que les précédents. Sur ces deux malades, l'une des paupières inférieures avait dû être enlevée complètement dans ses $3/4$ internes pour un cancroïde. J'insiste : le globe oculaire était à nu, recouvert seulement par la conjonctive bulbaire. La conjonctive du cul-de-sac, le tarse, la peau, avaient été enlevés jusqu'au rebord orbitaire inférieur. Le sac lacrymal avait été enlevé également et les os ruginés dans le fond de la gouttière.

Dans la crainte de voir la tumeur maligne pulluler dans la profondeur, je ne voulus pas combler de suite cette perte de substance avec un lambeau pris sur le front. J'avais l'espoir, d'autre part, que, grâce à l'attraction des tissus du voisinage, je pourrais, au bout de quelques mois, reconstituer cette paupière détruite en empruntant au front un lambeau bien moins étendu. Pour garantir l'œil, je suturai la paupière supérieure au bord de la perte de substance. La soudure se fit sans difficulté.

Remarquons que les $3/4$ internes seuls de la paupière supérieure étaient ainsi fixés. Le quart externe était libre, en face du quart correspondant de la paupière inférieure, resté intact. Il y avait donc là une amorce de fente palpébrale longue de 4 à 5 millimètres.

Les malades insistant beaucoup pour que je leur rendisse l'usage de leur œil, l'idée me vint de prolonger en dedans cette fente palpébrale naturelle par un coup de ciseau, sectionnant horizontalement toute l'épaisseur de la paupière supérieure, suivant une ligne passant par le milieu du tarse.

Je fis, bien entendu, cette section à petits coups et la commençai dès le deuxième mois. Cette région, du reste, devait rester indemne de néoplasme en cas de récurrence. J'arrivai ainsi à reconstituer une fente palpébrale qui n'a rien de bien disgracieux, bien qu'elle soit dépourvue de

cils. Mais on voit de suite les avantages considérables que donne ce procédé :

Possibilité de rendre de très bonne heure l'exercice de la vision à l'œil;

Reconstitution du cul-de-sac conjonctival inférieur de profondeur normale;

Liberté absolue de l'œil, qui n'est nullement gêné dans ses mouvements;

Possibilité de surveiller la récidence;

Et surtout : suppression d'une opération ultérieure d'autoplastie, toujours fort hasardeuse, et j'ajouterai même impossible à exécuter correctement, puisque l'on manquait absolument de conjonctive pour doubler le lambeau.

Enfin le nouvel orifice palpébral s'ouvre et se ferme comme l'ancien, le releveur étant intact et l'orbiculaire s'étant parfaitement adapté à ses fonctions nouvelles.

J'ai dû entreprendre sur mes deux malades deux petites opérations complémentaires : 1^o l'excision de la rangée des cils de la paupière supérieure au voisinage du rebord orbitaire inférieur et la réunion des bords de l'encoche séparant le tronçon de l'ancienne paupière inférieure de la portion nouvellement créée. Aucune difficulté à noter; 2^o la dépression qui existe normalement à l'extrémité interne du sillon orbito-palpébral (entre le rebord supéro-interne de l'orbite et le globe) se trouve effacée par l'abaissement permanent et forcé de la paupière supérieure, et cet effacement est dû surtout à la laxité de la peau. Je l'ai diminué notablement par deux sutures profondes réunissant la peau au ligament large des paupières.

Telle est l'opération nouvelle que je propose; je dis nouvelle, car je ne l'ai trouvée mentionnée dans aucun des traités classiques d'ophtalmologie non plus que dans les travaux publiés dans ces dernières années sur la restauration des paupières.

Exophtalmie pulsatile. — Ligature de la carotide primitive.

L'observation de ce malade a été communiquée à l'Académie de médecine le 9 juin 1891. Je rappellerai brièvement qu'à la suite d'une chute sur la région occipitale, survenue le 1^{er} janvier 1891, un homme de trente-cinq ans présenta les signes rationnels d'une fracture de la base du crâne. Quelques semaines après survinrent de l'exophtalmie pulsatile; à gauche, un souffle intra-crânien extrêmement pénible; paralysie de tous les muscles orbitaires avec conservation de la vision.

Le malade entra aux Quinze-Vingts le 20 avril. J'essayai d'abord la compression digitale au cou. Le résultat étant négatif, je pratiquai la ligature de la carotide primitive sans le moindre accident. Quinze jours après, je présentais le malade à l'Académie : les battements intra-crâniens ainsi que le souffle intense perçus à l'auscultation avaient disparu. L'exophtalmie était très diminuée.

Enfin, le 12 novembre dernier, le docteur L'Evesque (de Grandvilliers, Oise) m'annonce que l'exophtalmie est à peine sensible, que tout souffle a disparu, que les mouvements des muscles orbitaires sont revenus, sauf ceux du droit externe.

Le résultat peut être considéré, je crois, comme fort beau et il me semble difficile d'admettre que, spontanément, une amélioration aussi notable serait survenue.

Abcès du sinus frontal. — Deux fois j'ai eu à m'occuper du sinus frontal et des cavités nasales. Chez l'un de mes malades, un empyème du sinus a donné lieu simplement à un œdème chronique des paupières. Il n'y avait ni gonflement de l'os, ni point douloureux. Au bout de quatre mois seulement je trouvai un point de périostite du rebord orbitaire au voisinage de l'émergence du nerf frontal. J'incisai et tombai sur l'os dénudé. En explorant avec une sonde de Bowman, je rencontrai une fissure qui me donna accès dans le sinus. La cavité ne contenait que fort peu de pus et pas de fongosités. Un tamponnement avec de la gaze iodoformée pendant quelque temps, puis un simple petit drain, suffirent à amener la guérison en un mois. J'ai revu der-

nièrement ce malade. Une nouvelle tuméfaction s'est produite dans la région de l'apophyse orbitaire externe. L'os est augmenté de volume; il y a de l'œdème et du gonflement. Le malade a naturellement les sinus frontaux fort développés. Il est probable qu'ils sont divisés par des cloisons lamellaires, et je pense que c'est dans une sorte de cellule isolée qu'une collection nouvelle a dû se former.

Plus instructif encore est un autre malade, homme de trente-huit ans, chez lequel la collection purulente s'est ouverte dans les fosses nasales, mais en déterminant une nécrose des parois de l'infundibulum, de l'unguis de la cloison, avec formation d'un tissu de granulations tellement abondant dans les fosses nasales que le diagnostic de tumeur maligne paraissait s'imposer. Ce diagnostic paraissait d'autant plus vraisemblable que la région du sac lacrymal était distendue par une tumeur de la grosseur d'une noix, fluctuante, qui avait refoulé l'œil en dehors et déterminé un certain degré d'exophtalmie. Il était logique de considérer cet envahissement secondaire du sac comme la signature d'un épithélioma ou d'un sarcome, et ce diagnostic avait été porté par un éminent chirurgien des hôpitaux.

Voici l'histoire abrégée de ce malade :

En 1868. Coup de poing sur le nez. Déviation légère du nez à droite, mais sans entrave pour la respiration.

En 1884. Coup sur l'œil gauche. Ecchymose, légère exophtalmie. Céphalalgie à gauche.

En 1886. Coup de « coup de poing américain » sur le nez. Il en résulte une forte déviation du nez. Un mois après, obstruction légère du côté gauche qui augmente progressivement. En 1887, douleurs de tête siégeant surtout dans la région sus-orbitaire et frontale gauches. En 1888 et 1889, ces douleurs augmentent et reviennent tous les jours, durant de huit heures du matin à quatre heures du soir.

Depuis deux ans, le malade mouche des croûtes et du sang à gauche; mais actuellement l'obstruction est totale. Le malade a passé dix-neuf jours dans un hôpital de Paris

au mois d'août 1891. Le chirurgien a refusé de l'opérer. Quelques jours après sa sortie, un spécialiste en maladies du nez fit l'extraction de quelques « polypes » des fosses nasales. Il en résulta une forte hémorrhagie et le malade vint nous consulter aux Quinze-Vingts pour sa tumeur lacrymale et son exophtalmie. J'ai dit plus haut ce que nous avons constaté.

L'excision d'un fragment de la tumeur nasale ayant démontré qu'il s'agissait de tissu de granulation pur, je me décidai à fendre largement la tumeur qui proéminait dans l'orbite gauche. Je tombai dans une cavité pleine de tissu mollasse, se laissant facilement enlever avec l'ongle et la curette. L'unguis était détruit et une large brèche permit d'introduire le doigt dans la cavité du méat moyen. Je m'aperçus que la cloison était perforée et que le tissu de granulation proéminait dans le méat moyen droit. A la place des masses latérales de l'éthmoïde gauche on ne sentait que des parcelles d'os craquelant sous le doigt. Une sonde, cannelée, recourbée et poussée vers le haut, pénétra par un large orifice dans le sinus frontal et il s'en écoula une cuillerée à café de liquide muco-purulent.

Après grattage et nettoyage complets, je passai un gros drain de haut en bas dans le nez. Au bout de deux mois, il ne restait plus qu'une petite fistule de l'angle interne et l'œil avait repris sa place. Dans l'intervalle, un confrère habile en opérations nasales et qui me fait l'honneur de suivre mon service, le docteur Grosjean, enleva avec l'écraseur un grand nombre de petites tumeurs polypeuses implantées à la surface des cornets jusque dans le pharynx nasal.

Actuellement, le malade est presque guéri.

Ce fait, en apparence complexe, puisqu'il s'agit de traumatisme, me remit en mémoire un malade atteint à gauche de dacryocystite avec nécrose de l'unguis, que j'avais observé, en 1887, dans le service du professeur Panas. On avait pensé à une dacryocystite par lésions tertiaires de la syphilis. Ce malade, âgé de soixante ans, fut pris de pneu-

monie et alla mourir dans un service de médecine. A l'autopsie à laquelle j'assistai par hasard, je voulus me rendre compte de l'état du nez, et pour ne pas défigurer le cadavre, je fis sauter la paroi supérieure des sinus frontaux ainsi que le plafond de l'orbite gauche. A ma grande surprise, sitôt que le sinus frontal gauche fut ouvert, je le trouvai plein de pus, et constatai que sa paroi inférieure manquait.

L'infundibulum, les masses latérales de l'éthmoïde étaient détruits. A leur place, une vaste cavité bourgeonnante admettant le doigt, conduisait directement sur le plancher des fosses nasales.

La dacryocystite s'expliquait fort bien, mais le point de départ de l'affection était resté pour moi fort obscur.

De la comparaison de ce cas avec celui de mon malade des Quinze-Vingts, me paraît découler clairement la filiation des accidents : Un abcès du sinus frontal peut s'ouvrir directement en bas dans les fosses nasales. Ceci n'a rien d'étonnant; nous savons fort bien que le pus d'une dacryocystite peut s'écouler par le canal nasal largement béant. L'infundibulum, dont les parois constituent un canal rétréci, s'infecte et une ostéite avec nécrose des os voisins en est la conséquence. En outre, le pus venant du sinus altère la muqueuse des cornets qui se recouvrent d'un tissu de granulation exubérant.

C'est ainsi que le clinicien constatera : une dacryocystite osseuse et des tumeurs polypeuses des cavités nasales. Quant au sinus, il ne paraît pas altéré, le pus qu'il sécrète pouvant s'écouler librement en bas.

J'entrevis ainsi un nouveau chapitre à ajouter à la description classique des affections du sinus frontal. L'occasion se présenta bientôt de vérifier la justesse de ces idées. Mon collègue Chevallereau nous montra un de ses malades atteint d'une dacryocystite à gauche, et d'une ostéo-périostite de la paroi interne de l'orbite s'étendant, ainsi que le sondage le démontrait, jusque vers le sommet de l'orbite. Les fosses nasales étaient remplies de masses

polypeuses. La région du sinus frontal ne présentait rien de particulier.

Les confrères qui avaient examiné le malade avaient pensé qu'il s'agissait de l'extension d'une dacryocystite. Je fis hardiment le diagnostic d'empyème du sinus frontal et annonçai que l'on trouverait le conduit de l'infundibulum largement ouvert, ses parois altérées et le sinus plein de pus. M. Chevallereau me fit l'amabilité de me faire assister à l'opération et mon diagnostic fut vérifié en tous points. Après mise à nu de la région du sac lacrymal, on fit pénétrer par le fond de la gouttière nécrosée, une grosse sonde recourbée sans la moindre difficulté dans le sinus. On trépana d'abord la paroi interne du sinus et il s'écoula une cuillerée à café de liquide muco-purulent. Une nouvelle ouverture fut pratiquée sur la paroi antérieure du sinus et un tube passé de haut en bas dans la fosse nasale.

Ici encore le sinus contenait peu ou pas de fongosités et les parois de l'infundibulum étaient partiellement détruites. Ainsi s'expliquait l'existence du tissu de granulations constaté sur les cornets.

Je crois avoir suffisamment démontré qu'il existe une complication nouvelle, non décrite, que je sache, jusqu'à ce jour, de l'empyème du sinus frontal; la nécrose des parois de l'infundibulum, nécrose pouvant s'étendre aux voies lacrymales et à la cloison, avec formation de fongosités envahissant les fosses nasales et pouvant donner le change avec une tumeur maligne.

Dr KALT.

TRAVAUX DU LABORATOIRE DE LA CLINIQUE

Par le docteur DUBIEF

Pendant l'année 1891, le laboratoire de la clinique ophthalmologique a eu à s'occuper de nombreux travaux. Ceux-ci sont de divers ordres, et on peut les ranger sous deux chefs différents; tantôt ils ont pour but de collaborer aux besoins de la clinique journalière, tantôt ce sont des recherches d'ordre exclusivement scientifique, destinées surtout aux progrès de la science ophthalmologique.

Les recherches qui sont demandées par les médecins de la clinique, soit pour éclairer le diagnostic, soit pour compléter l'histoire du malade, soit pour décider une opération, sont le travail courant, le pain quotidien du laboratoire; ce sont des travaux de courte haleine, pour lesquels une réponse aussi prompte que possible est de rigueur. Elles se décomposent comme il suit.

Analyse des urines. — Beaucoup de maladies des divers milieux et membranes de l'œil, n'étant qu'une manifestation extérieure d'un état général, il en résulte qu'un examen complet des urines s'impose dans un grand nombre de cas. C'est surtout la recherche du sucre et de l'albumine qui sont le plus souvent faites, comme étant celles dont l'intérêt clinique est le plus considérable.

Les urines supposées pathologiques sont portées au laboratoire, et le résultat de l'analyse est inscrit aussitôt qu'il est connu sur la fiche personnelle du malade.

Pendant l'année 1891, le nombre des analyses d'urine effectuées au laboratoire pour la clinique se monte à soixante-deux (62). En outre, il a été fait pour l'infirmerie des Quinze-Vingts, dont les malades sont confiés aux soins de M. le docteur Célières, cinq analyses (5), ce qui porte à soixante-sept le nombre des analyses effectuées.

Examens histologiques. — Toutes les tumeurs, toutes les pièces anatomiques, tous les globes oculaires énucléés aux opérations de la clinique, et jugés dignes d'intérêt sont envoyés au laboratoire pour être examinés. Toutes ces pièces sont rangées en deux catégories; les pièces qui doivent être examinées extemporanément, les pièces à conserver.

Les pièces dont l'examen doit être fait rapidement, sont habituellement placées dans l'alcool à 90°, et examinées aussitôt qu'elles ont atteint un durcissement suffisant pour la pratique des coupes et des réactions histologiques. Ce sont le plus souvent des tumeurs, dont la nature bénigne ou maligne doit être établie, soit pour s'assurer de la vérité du diagnostic clinique, soit pour déterminer une intervention plus radicale.

Lorsque les hasards de la clinique amènent au laboratoire pour y subir un examen rapide, des pièces n'ayant pas encore de représentant dans la collection histologique, des préparations définitives en sont faites, portant le numéro d'ordre du malade auquel elles appartenaient; si les préparations ne présentent pas d'intérêt, elles sont démontées, une fois le diagnostic histologique établi. En 1891, il a été fait pour ces deux catégories de pièces anatomiques soixante-deux examens histologiques (62).

Pour les pièces à conserver, elles sont également divisées en plusieurs catégories : les unes sont intéressantes pour l'examen à l'œil nu, les autres pour l'examen histologique, une troisième catégorie doit être faite pour certaines pièces curieuses ou rares qui ne subissent aucun examen immédiat. Dans l'immense majorité des cas, ces pièces sont des globes oculaires enlevés par énucléation.

Toutes ces pièces sont d'abord placées dans le liquide de Müller, qu'on renouvelle fréquemment pendant trois semaines environ. Au bout de ce temps, celles qui sont destinées à l'examen histologique reçoivent un traitement approprié, et sont coupées habituellement après inclusion dans la celloïdine.

Les globes oculaires énucléés destinés à être conservés sont placés dans la collection déjà si riche et si intéressante du laboratoire. Les uns sont simplement placés dans le liquide de Müller, additionné d'un cristal de camphre; quelques-uns présentant des lésions facilement accessibles à l'examen à l'œil nu, sont montés dans la gélatine rendue inaltérable par l'acide arsénieux. Un certain nombre de pièces curieuses existaient au musée préparées par ce procédé, cette collection a été continuée cette année, et elle s'est enrichie de quelques pièces curieuses ou rares.

En 1891, les pièces placées au musée pour être conservées par ces divers procédés ont été au nombre de cinquante-et-une (51).

Travaux originaux. — Les travaux précédents représentent la besogne quotidienne du chef du laboratoire; à côté d'eux viennent se placer les recherches personnelles qui donnent lieu à une publication spéciale. A cet égard, plusieurs travaux ont été entrepris en 1891; les uns sont encore inachevés et seront ultérieurement publiés; d'autres ont été terminés. Nous résumerons ici les principaux.

Recherches bactériologiques dans les cataractes. — Il y a quelque temps, M. Galippe, dans une note à l'Académie de médecine, annonçait qu'il avait réussi à déceler, dans les cristallins cataractés, des microorganismes. D'après cet auteur, ces microbes se trouveraient d'une façon à peu près constante dans cette lésion si commune de l'appareil de la vision. Cette découverte était une véritable nouveauté scientifique, car elle était bien faite pour troubler l'idée qu'on se faisait jusqu'alors de la pathogénie des cataractes, qui semblait bien plutôt, dans l'immense majorité des cas, une lésion de dégénérescence, qu'une lésion d'inflammation ou d'irritation.

En effet, les lésions des cataractes sont loin de ressembler à celles que les bactériologistes ont l'habitude de constater au contact direct des microorganismes; on n'y trouve ni cette mobilisation leucocytaire, ni cette irritation proliférative des tissus, ni la nécrose septique bien facile à

caractériser. Les lésions du cristallin cataracté se rapprochent beaucoup plus d'une lésion toxique que d'une lésion microbienne directe; l'observation clinique et l'expérimentation étaient d'ailleurs d'accord pour démontrer autant que possible cette manière de voir; la phacosclérose, la cataracte diabétique donnent bien l'impression d'une lésion causée par une substance anormale, d'un déchet circulant dans l'économie et produisant, par son imbibition répétée, une lésion évoluant lentement et aboutissant à l'opacification progressive du cristallin. L'expérimentation, d'autre part, montre que chez les animaux, les lapins, par exemple, on peut produire des cataractes par l'introduction, dans l'économie, de certaines substances chimiques dérivées de la houille, la naphthaline et ses composés, par exemple. Nous avons donc bien là l'impression d'une lésion d'ordre chimique et non d'ordre bactériologique. Une exception doit être faite cependant en ce qui concerne la cataracte traumatique : ici l'origine bactérienne de la lésion ne pourrait étonner personne, si elle venait à être démontrée expérimentalement. Rien ne serait facile, d'ailleurs, chez les animaux très sujets à la cataracte spontanée, le chien, par exemple, comme de produire des lésions aseptiques du cristallin et de voir ce que deviendrait un cristallin ainsi traumatisé sans l'intervention des microorganismes.

Mais tout ce que nous venons de dire n'est qu'un assemblage de raisons probables, que l'on peut invoquer pour étayer une opinion, et tout cela ne doit pas peser le poids d'un fêtu de paille, en présence des faits expérimentaux et de l'observation bactériologique. J'ai donc entrepris quelques recherches pour arriver à une conviction reposant non plus sur le raisonnement, mais sur l'observation.

Je ne puis faire ici la critique des expériences qui ont été entreprises par les auteurs, qui ont constaté la présence des microorganismes dans les cristallins cataractés, je suis assuré que les choses ont été faites avec toute la perfection désirable, et qu'on a su discuter les causes d'erreur

qui pouvaient permettre facilement, comme toujours, l'introduction de germes étrangers. Cependant, il suffit d'avoir assisté une fois dans sa vie à l'extraction d'une cataracte, par les procédés classiques, pour avoir le droit d'émettre un doute formel sur la possibilité de la contamination accidentelle de la pièce anatomique extirpée. Je me crois en droit d'affirmer qu'il est impossible d'extirper un cristallin sans le contaminer, si l'on ne prend pas des précautions spéciales, même avec l'antisepsie la mieux faite dans le champ opératoire. Je n'étonnerai personne en disant, qu'entre l'antisepsie chirurgicale la plus parfaite et l'antisepsie bactériologique, c'est-à-dire celle qui tue à coup sûr et sans rémission jusqu'au dernier microorganisme, il y a encore un abîme insondable. Il n'est donc pas permis de croire qu'une antisepsie chirurgicale, même rigoureuse, a fait disparaître *toutes* les causes de contamination; l'antisepsie chirurgicale ne vise qu'à une seule chose, créer un milieu suffisamment antiseptique pour amener une réunion immédiate; mais, *bactériologiquement* parlant, cette antisepsie est illusoire, puisqu'il suffira que quelques microorganismes aient échappé à la destruction, pour qu'ils se mettent à pulluler vigoureusement lorsqu'on les aura semés de nouveau dans un milieu propice à leur existence.

Après cette remarque générale, il me sera permis, je pense, d'exposer quelles sont les causes d'erreur auxquelles on est exposé, pour justifier le procédé que j'ai adopté et pour que les expérimentateurs, qui seraient tentés comme moi de faire ces recherches, puissent se placer dans les mêmes conditions; car je pense que les expérimentateurs qui m'ont précédé ont dû se faire les mêmes objections.

On sait que les recherches de M. le professeur Gayet (de Lyon) ont démontré ce fait que l'antisepsie la plus parfaite de la conjonctive et du globe oculaire, même avec un nettoyage énergique des culs-de-sac, n'arrivait *jamais* à débarrasser le champ opératoire de tous les microorganismes

qui s'y trouvent, si bien qu'après des frictions et des lavages avec les solutions les plus antiseptiques employées en oculistique, il est toujours possible de recueillir à la surface de l'œil des germes capables de pousser sur les milieux de cultures habituels. C'est la démonstration pratique des réflexions que j'ai suggérées plus haut. Au laboratoire des Quinze-Vingts, des expériences nombreuses et suivies entreprises par M. Valude et son élève Miclesco ont abouti au même résultat.

On ne se contente pas d'ailleurs des microorganismes qui sont normalement sur la conjonctive, on en ajoute avec la solution de cocaïne. Je me suis assuré qu'en prenant la cocaïne employée habituellement, parfaitement claire et limpide, sans corps en suspension visible, cette solution fourmille de microbes, si bien qu'en diluant cette solution au millième dans de l'eau stérilisée et en répartissant cette dilution dans des tubes de bouillon stérile, tous les tubes se sont altérés. Je m'étais d'ailleurs assuré de la stérilisation de l'eau, qui, répartie elle-même dans du bouillon, n'en a troublé aucun.

Lorsque le cristallin, sous la pression de la curette, fait issue hors de la plaie cornéenne, il est incontestable qu'il est exposé à balayer un grand nombre de microorganismes qui se déposent à la surface du globe de l'œil. Toutes ces raisons militent en faveur de l'institution d'un procédé spécial pour éviter ces causes d'erreur.

M. le docteur Valude voulut bien modifier le procédé d'extraction habituellement suivi pour avoir une rigueur expérimentale inattaquable. Il voulut bien se servir seulement d'instruments flambés au lieu d'instruments simplement trempés dans l'oxycyanure de mercure employé couramment.

Une fois l'incision faite, au lieu de faire sortir complètement le cristallin par pression, on introduisait à l'entrée de la plaie cornéenne une petite cupule de platine préalablement chauffée au rouge et on allait, par ce moyen, cueillir le cristallin *in loco* pour ainsi dire. Aussitôt le

cristallin sorti par ce moyen, il était placé dans un tube contenant une certaine quantité d'eau stérilisée où on l'agitait doucement. Puis, avec les mêmes précautions, on le transportait successivement dans deux autres tubes semblables, de manière à laver la surface aussi bien que possible. Les tubes de lavage étaient mis de côté, puis le cristallin introduit dans un tube de bouillon stérile, où, au moyen d'une baguette de verre flambée, il était écrasé et réduit en pulpe, opération fort laborieuse. En fin de compte, cette pulpe était distribuée dans un certain nombre de ballons de bouillon et placés à l'étuve. Quant aux eaux de lavage, elles étaient réparties dans quelques tubes de bouillon et placées dans les mêmes conditions que les ballons ensemencés avec la pulpe cristallinienne.

Avant de procéder à ces ensemencements, j'avais examiné, au point de vue histologique, plusieurs cristallins et j'avais choisi trois types différents : une cataracte traumatique, une cataracte sénile dure, une cataracte avec adhérences. Ces cataractes avaient été placées dans l'alcool absolu au moment même de l'extraction (condition nécessaire, car, au bout de deux ou trois heures, on trouve déjà des microorganismes à la surface), puis durcis et coupés en tranches minces. Les coupes ont été traitées par la méthode de Gram, de Weigert, par le bleu phéniqué de Kühne. Par aucun de ces procédés, l'examen histologique ne m'a fait voir de microorganismes, et il est permis d'affirmer que, s'il en existait, ils n'étaient pas colorables par les procédés généraux de coloration.

Pour les cultures, deux formes de cataracte ont été mises en expérience : d'une part, une cataracte sénile vulgaire, et, d'autre part, une cataracte molle, d'origine indéterminée, datant de l'enfance, chez une femme encore jeune.

La cataracte sénile fut répartie en vingt ballons de bouillons ; au bout de quinze jours, aucun des ballons ne s'était altéré à la vue, et l'examen microscopique n'a décelé aucun microorganisme en suspension.

L'eau de lavage, au contraire, avait été fertile. Tous les

tubesensemencés avec l'eau du premier lavage s'étaient altérés, contenant des microorganismes variés où les microcoques dominaient. Dans l'eau du second lavage, quelques tubes étaient restés purs, et, dans celui du troisième, un seul sur dix s'était troublé.

La cataracte molle présente un intérêt spécial, car au moment de la sortie les masses molles se répandirent quelque peu hors de la curette à la surface de la conjonctive; il fut donc difficile de l'extraire aseptiquement encore que la surface conjonctivale ait été antiseptisée, et de faire un lavage parfait, et l'expérience a montré qu'en effet ce lavage avait été incomplet. Sur les vingt ballons de bouillons, trois s'étaient altérés au quinzième jour. Le premier contenait un petit bacille très mobile, donnant dans le bouillon une culture trouble sentant légèrement la triméthylamine, liquéfiant énergiquement la gélatine. Le second était très impur et contenait trois microorganismes distincts : un bacille long et grêle, immobile, liquéfiant très lentement la gélatine, sur laquelle il pousse, d'ailleurs, difficilement; un diplocoque et un streptocoque qui n'ont pas liquéfié la gélatine. Dans le troisième ballon, j'ai retrouvé le petit bacille du premier ballon avec une levûre.

Malgré le petit nombre de ces observations, il est permis et légitime de formuler quelques conclusions : En se plaçant dans des conditions bien aseptiques, on voit que, s'il existe des microorganismes dans les cataractes, ils y sont tout au moins peu nombreux. D'autre part, le lavage du cristallin permet d'affirmer que, si les microbes existent, ils occupent la surface de l'organe, et cette situation particulière permet de croire facilement à une contamination accidentelle. Enfin, la variété même des microorganismes permet d'affirmer que leur origine est bien extérieure au cristallin et qu'on les a ramassés à la surface du champ opératoire, soit avec le cristallin lui-même, soit avec les instruments qui ont servi à son extraction.

Je ne voudrais pas, sur un nombre de faits aussi restreint, poser des conclusions absolues et nier la possibilité

de la présence des microorganismes dans les cataractes, mes expériences ont eu surtout pour but de faire ressortir l'incertitude qui doit régner sur la question en raison des difficultés qu'on devra vaincre pour arriver à une démonstration complète.

Recherches sur la puissance antiseptique du pétrole brut. — M. le docteur Trousseau, médecin en chef de la clinique, ayant employé à plusieurs reprises le pétrole brut dans le traitement de plusieurs formes de conjonctivites et frappé des bons résultats obtenus, m'a prié d'établir expérimentalement le pouvoir antiseptique de cette substance. J'ai entrepris dans ce but, au laboratoire, quelques expériences que je vais rapporter brièvement.

L'incorporation du pétrole dans les milieux de culture n'est pas chose facile, car il n'est pas miscible aux liquides aqueux, et d'autre part, en raison de son faible poids spécifique, il surnage à la surface des liquides où il s'étale en empêchant absolument l'accès de l'oxygène; aussi n'est-il pas étonnant de voir le développement des microorganismes aérobies sérieusement entravé.

Les microbes vulgaires de la suppuration (staphylocoque et streptocoque), la bactériémie charbonneuse, microbes aérobies, poussent avec une grande difficulté au contact du pétrole, qui en dehors de la privation d'oxygène qu'il leur impose, y ajoute une certaine action antiseptique.

Les spores d'une culture charbonneuse, mises en contact avec le pétrole pur n'ont pas paru atténuées dans leur virulence, et inoculées à des lapins, ont déterminé la mort des animaux dans un délai qui n'a pas dépassé cinquante heures comme le charbon le plus virulent.

En résumé, le pétrole jouit d'un pouvoir antiseptique réel, mais ce pouvoir est faible, puisque s'il a une action sur les microbes adultes, il est incapable de tuer les spores et même d'en atténuer la virulence.

D^r H. DUBIEF.

TABLE DES MATIÈRES

Préface, par le docteur Chevallereau.....	5
Etats, tableaux et carte.....	11, 12, 13, 15, 16
Statistique des opérations pratiquées par le docteur Trousseau.....	17
Statistique des opérations pratiquées par le docteur Chevallereau.....	25
Statistique des opérations pratiquées par le docteur Valude.....	36
Relevé des opérations pratiquées pendant l'année 1891 par le docteur Kalt..	45
Travaux du Laboratoire de la Clinique par le docteur Dubief.....	63

BULLETIN
DE LA
CLINIQUE NATIONALE OPHTHALMOLOGIQUE
DE
L'HOSPICE DES QUINZE-VINGTS

PAR

Les Docteurs A. TROUSSEAU et A. CHEVALLEREAU
Médecins titulaires.

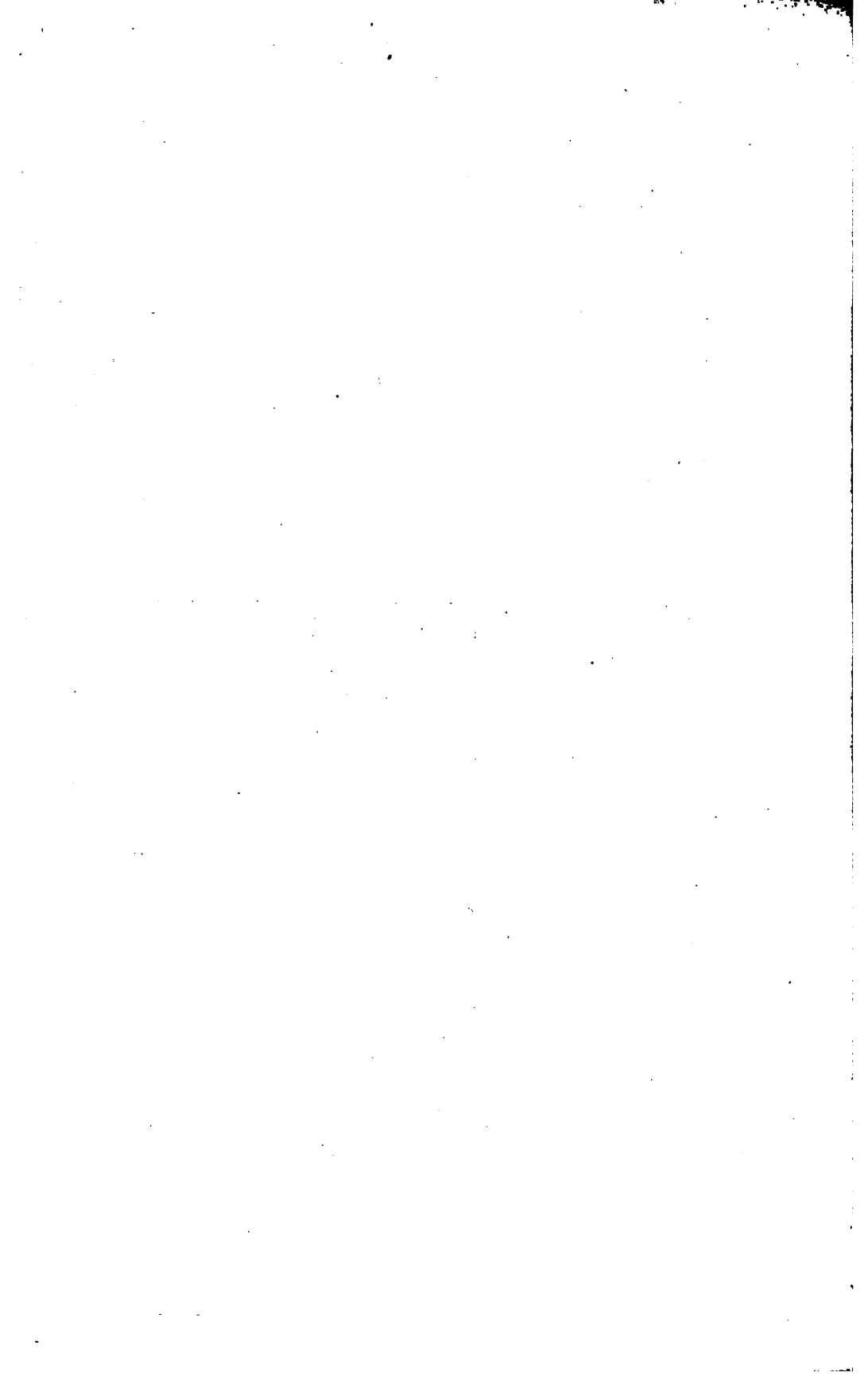
Les Docteurs VALUDE et KALT
Médecins adjoints.

Le Docteur DUBIEF
Chargé du service du Laboratoire.

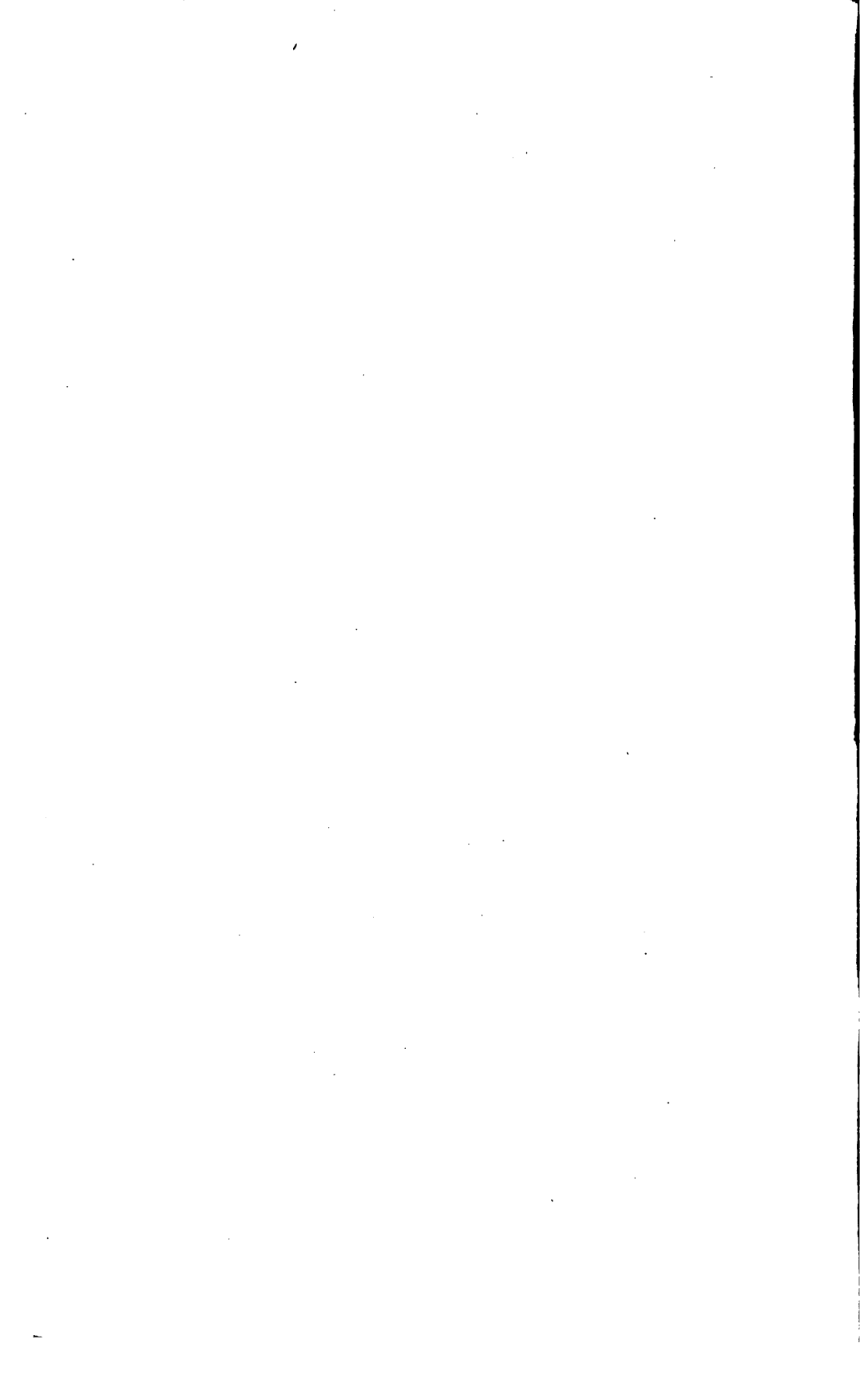
ANNÉE 1892

PARIS
IMPRIMERIE DE LA SEMAINE MÉDICALE
31, rue Croix-des-Petits-Champs, 31.

1893



BULLETIN
DE LA
CLINIQUE NATIONALE OPHTHALMOLOGIQUE
DE
L'HOSPICE DES QUINZE-VINGTS



BULLETIN

DE LA

CLINIQUE NATIONALE OPHTHALMOLOGIQUE

DE

L'HOSPICE DES QUINZE-VINGTS

PAR

Les Docteurs A. TROUSSEAU et A. CHEVALLEREAU

Médecins titulaires.

Les Docteurs VALUDE et KALT

Médecins adjoints.

Le Docteur DUBIEF

Chargé du service du Laboratoire.

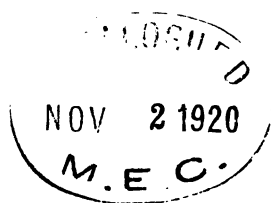
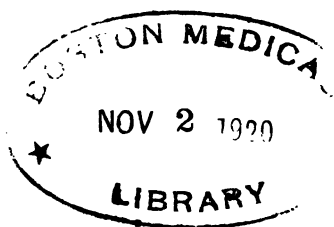
ANNÉE 1892

PARIS

IMPRIMERIE DE LA *SEMAINE MÉDICALE*

31, rue Croix-des-Petits-Champs, 31.

1893



BULLETIN
DE LA
CLINIQUE NATIONALE OPHTHALMOLOGIQUE
DE L'HOSPICE DES QUINZE-VINGTS

LA CLINIQUE NATIONALE EN 1892

La Clinique Nationale des Quinze-Vingts qui compte aujourd'hui douze années d'existence régulière, n'a cessé de prospérer depuis 1881, date de sa fondation, comme il est facile de s'en assurer en jetant un coup d'œil sur les statistiques administratives annexées à ce Bulletin. Il me suffira de dire que cette année le nombre des nouveaux malades a encore augmenté. Il est de 605 supérieur à celui de 1891. C'est un résultat très satisfaisant si l'on veut bien considérer que cette progression ne pourrait être aussi rapide qu'elle l'a été ces dernières années sans augmenter fortement les charges de l'établissement et le travail déjà considérable du personnel médical. L'heure est proche où le nombre des malades demeurera stationnaire, car la Clinique ne peut tarder à être soulagée d'une partie de sa tâche par la création, dans différents centres, d'établissements analogues demandés depuis le début.

En 1892, nos salles ont reçu plus de malades internes qu'en 1891 (1,803 en 1892 contre 1,694 en 1891). Il est, du reste, à remarquer que depuis l'application des mesures restrictives concernant la réception des malades, à l'intérieur de l'hôpital, le nombre des hospitalisés n'a cessé d'augmenter. Ceci prouve bien que pour remplir utilement son but, la fondation ne doit admettre pour les opérations que les personnes vraiment indigentes, puisque d'après ces chiffres, les besoins de celles-ci sont considérables et ne peuvent être que difficilement satisfaits.

L'année qui commence va permettre à la Clinique de rendre des services plus considérables encore que ceux

qu'elle rendait jusqu'ici, puisque de nouveaux pavillons en construction pourront recevoir les individus atteints de conjonctivites purulentes et granuleuses et réaliseront un isolement absolu pour ces malades qui recevront ainsi les soins nécessités par leur état et cesseront d'être pour leurs concitoyens une source d'infection et de contagion.

C'est là un progrès considérable et bien en rapport avec les données actuelles de l'hygiène et de la médecine publique. L'an prochain, nous espérons pouvoir développer les résultats obtenus grâce à cette nouvelle création.

Avec une organisation définitive, des attributions bien limitées et bien définies, un matériel clinique et scientifique aussi complet, et ajoutons-le sans fausse modestie, les efforts de son personnel médical, la Clinique devait devenir un centre important d'enseignement, d'autant plus que l'administration avec un libéralisme intelligent, a su en ouvrir toutes grandes les portes aux médecins et étudiants soucieux de s'instruire. Le nombre des élèves et des confrères qui semblent apprécier les avantages que nous venons d'indiquer s'est encore accru cette année. Nos cours et conférences ont été régulièrement suivis. En voici le programme pour le semestre d'hiver 1892-93 :

Lundi : D^r KALT. — Maladies de la conjonctive, de la cornée, de la sclérotique et de l'iris. Glaucome.

Jeudi : D^r VALUDE. — Réfraction. Choix des verres. Examen fonctionnel de l'œil.

Vendredi : D^r TROUSSEAU. — Maladies de l'orbite, des paupières, des muscles et des voies lacrymales.

Samedi : D^r CHEVALLEREAU. — Cataracte. Maladies des membranes profondes de l'œil.

Au laboratoire, le docteur Dubief s'est tenu à la disposition de ceux qui ont voulu raffermir leur éducation et il nous a fourni avec la plus grande compétence et la plus grande exactitude tous les examens spéciaux que nous avons pu lui demander.

J'ai donc la satisfaction de terminer cette notice en constatant un état florissant de la Clinique Nationale.

A. TROUSSEAU.

ETAT indiquant par mois et par trimestre le mouvement des malades externes traités à la Clinique Nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts en 1892.

MOIS	Nombre de jours de consulta- tions.	Malades nouveaux. 1892	Malades anciens. 1892	Totaux par mois. 1892	Totaux par trimestre. 1892	OBSERVATIONS
Janvier.....	25	1.166	2.495	3.661	11.742	
Février.....	25	1.160	2.894	4.054		
Mars.....	26	1.230	2.797	4.027		
Avril.....	25	1.307	2.726	4.033	12.177	
Mai.....	25	1.526	2.732	4.258		
Juin.....	25	1.354	2.532	3.886		
Juillet.....	25	1.394	2.357	3.751	11.629	
Août.....	26	1.376	2.620	3.996		
Septembre..	25	1.328	2.554	3.882		
Octobre....	26	1.198	2.707	3.905	10.876	
Novembre..	25	1.284	2.525	3.809		
Décembre...	27	950	2.212	3.162		
Totaux gén.	305	15.273	31.151	46.424	46.424	
En 1891, le nombre des nouveaux avait été de.....		14.668				
Différence en faveur de 1892.....		605				
Le nombre des anciens avait été de.....			32.394			
Différence en faveur de 1891.			1.243			

STATISTIQUE DES MALADES HOSPITALISÉS ET OPÉRÉS

DÉPARTEMENTS	NOMBRE DE MALADES ADMIS				TOTAL	DÉPARTEMENTS	NOMBRE DE MALADES ADMIS				TOTAL
	1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre	4 ^e trimestre			1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre	4 ^e trimestre	
Ain	»	»	»	»	»	<i>Report.</i>	35	66	67	68	236
Aisne.....	4	6	9	2	21	Garonne (Haute)...	»	»	»	»	»
Allier.....	5	3	12	12	32	Gers	»	»	»	»	»
Alpes (Basses-) ...	»	»	»	»	»	Gironde.....	1	»	»	»	1
Alpes (Hautes-) ...	»	»	»	»	»	Hérault.....	»	»	»	»	»
Alpes-Maritimes ..	»	»	»	»	»	Ille-et-Vilaine....	»	2	4	4	10
Ardèche.....	»	»	»	»	»	Indre.....	3	1	2	4	10
Ardennes.....	»	1	2	»	3	Indre-et-Loire....	»	»	1	»	1
Ariège.....	»	»	»	»	»	Isère	»	2	1	»	3
Aube.....	7	14	7	12	40	Jura	2	»	2	4	8
Aude.....	»	»	»	»	»	Landes.....	»	»	»	»	»
Aveyron.....	»	»	»	1	1	Loir-et-Cher.....	»	5	5	4	14
Bouches-du-Rhône	»	1	»	»	1	Loire.....	1	»	»	»	1
Calvados.....	1	»	1	3	5	Loire (Haute-)	»	1	1	»	2
Cantal.....	»	2	1	3	6	Loire-Inférieure...	»	»	»	»	»
Charente.....	»	»	»	1	1	Loiret.....	5	13	4	9	31
Charente-Inférieure	»	»	»	»	»	Lot.....	»	6	4	3	13
Cher	1	8	6	8	23	Lot-et-Garonne ...	»	»	»	»	»
Corrèze.....	1	4	6	»	11	Lozère.....	4	1	2	2	9
Corse.....	»	»	2	»	2	Maine-et-Loire....	»	3	1	2	6
Côte-d'Or.....	2	3	1	5	11	Manche.....	»	6	4	3	13
Côtes-du-Nord	4	1	5	4	14	Marne.....	5	5	7	4	21
Creuse.....	2	3	1	3	9	Marne (Haute-)...	1	3	2	3	9
Dordogne.....	»	3	1	»	4	Mayenne.....	»	»	3	2	5
Doubs.....	1	»	»	»	1	Meurthe-et-Moselle	»	»	1	»	1
Drôme	»	»	»	»	»	Meuse.....	9	3	3	3	18
Eure	2	10	5	10	27	Morbihan	2	5	5	4	16
Eure-et-Loir	4	7	5	4	20	Nièvre.....	5	5	9	7	26
Finistère.....	»	»	3	»	3	Nord.....	»	»	3	2	5
Gard.	1	»	»	»	1	Oise.....	16	9	21	12	58
<i>A reporter</i>	35	66	67	68	236	Orne.....	7	8	14	8	37
						<i>A reporter</i>	96	144	166	148	554

LA CLINIQUE NATIONALE OPHTHALMOLOGIQUE EN 1892

DÉPARTEMENTS	NOMBRE DE MALADES ADMIS				TOTAL	MALADES EXTERNES	
	1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre	4 ^e trimestre		AYANT REÇU DES SOINS A LA CLINIQUE NATIONALE EN 1892	
<i>Report.....</i>	96	144	166	148	554		
Pas-de-Calais.....	»	1	1	1	3		
Puy-de-Dôme.....	»	1	2	2	5		
Pyrénées (Basses-)	»	»	»	»	»		
Pyrénées (Hautes-)	»	1	»	»	1		
Pyrénées Oriental ^{es}	»	»	»	1	1		
Rhône.....	»	»	»	»	»		
Saône (Haute-)....	1	5	6	6	18		
Saône-et-Loire....	»	1	»	1	2		
Sarthe.....	1	2	3	1	7		
Savoie.....	»	»	»	»	»		
Savoie (Haute-)...	»	»	»	»	»		
Seine.....	240	240	229	229	938		
Seine-Inférieure...	»	»	»	1	1		
Seine-et-Marne....	24	22	17	18	81		
Seine-et-Oise.....	18	18	18	24	78		
Sèvres (Deux-)....	»	1	3	1	5		
Somme.....	»	2	3	3	8		
Tarn.....	»	»	»	»	»		
Tarn-et-Garonne..	»	»	»	»	»		
Territ. de Belfort.	»	1	»	»	1		
Var.....	»	1	»	»	1		
Vaucluse.....	»	1	»	»	1		
Vendée.....	1	»	1	»	2		
Vienne.....	2	11	4	4	21		
Vienne (Haute-)...	»	»	»	»	»		
Vosges.....	1	1	»	2	4		
Yonne.....	12	20	17	18	67		
Algérie {	Alger.....	1	»	»	1		
	Constantine..	»	»	1	1		
	Oran.....	»	»	1	1		
	Guadeloupe.....	»	1	»	1		
TOTAL.....	397	474	472	460	1803		

1^{er} Trimestre.

Malades. { Nouveaux. 3.556 } 11.742
 { Anciens... 8.186 }

Moyenne journalière des consultations :
154 50/100

2^e Trimestre.

Malades. { Nouveaux. 4.187 } 12.177
 { Anciens... 7.990 }

Moyenne journalière des consultations :
162 36/100

3^e Trimestre.

Malades. { Nouveaux. 4.098 } 11.629
 { Anciens... 7.531 }

Moyenne journalière des consultations :
153 1/100

4^e Trimestre.

Malades. { Nouveaux. 3.432 } 10.876
 { Anciens... 7.444 }

Moyenne journalière des consultations :
139 43/100

Résumé de l'année.

Départements..... 68
Malades internes..... 1.803
Journées..... 18.897

Moyenne individuelle : 10 jours
48/100.

STATISTIQUE GÉNÉRALE DE LA CLINIQUE NATIONALE POUR L'ANNÉE 1892

1^o Clinique interne

Opérés hospitalisés.... Le nombre des malades admis à la Clinique Nationale, dans le cours de l'année 1892, a été de 1,803 se divisant comme il suit :

Hommes.....	909
Femmes.....	729
Enfants.....	165

Total égal..... 1.803

Nombre de journées... Le nombre des journées de présence ayant été de 18,897 jusqu'au 31 décembre, la moyenne de présence s'élève donc à 10 jours 48/100.

Moyenne de séjour....
Nombre de départements Le nombre des départements ayant envoyé des malades se faire opérer à la Clinique s'élève, pour l'année 1892, à 46.

2^o Clinique externe

Nombre de malades... Le nombre des malades qui se sont présentés à la consultation pendant l'année 1892 s'élève à 46,424, se divisant comme il suit :

Malades	$\left\{ \begin{array}{l} \text{nouveaux.} \quad 15.273 \\ \text{anciens...} \quad 31.151 \end{array} \right\}$	46.424
---------	---	--------

Nombre de jours de consultations..... Le nombre de jours de consultations s'élève pour l'année 1892 à 305, ce qui constitue une moyenne journalière de 152 21/100.

Moyenne journalière..
Malades nouveaux.... Les malades nouveaux de l'année 1892 doivent être répartis de la manière suivante :

Service Trousseau, 7,169 pour 155 jours de consultations, soit une moyenne journalière de 46 25/100.

Service Chevallereau, 8,104 pour 150 jours de consultations, soit une moyenne journalière de 54 2/100.

Comparaison avec l'année 1891..... Dans l'année 1891, le nombre des malades nouveaux avait été de 14,668 ; il y a donc, en faveur de l'année 1892, une différence de 605 malades nouveaux.

1 Clinique interne

STATISTIQUE DES MALADES HOSPITALISÉS

A LA CLINIQUE NATIONALE

Depuis sa fondation jusqu'au 31 décembre 1892.

CATÉGORIES des MALADES	ANNÉES												TOTAUX généraux
	1881	1882	1883	1884	1885	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	
Hommes....	219	264	326	449	442	512	612	702	769	794	912	909	6.910
Femmes....	106	190	214	262	303	378	458	564	591	574	643	729	5.012
Enfants.....	24	22	39	31	59	69	92	107	159	106	139	165	1.012
Totaux..	349	476	579	742	804	959	1162	1373	1519	1474	1694	1803	12.934

Renseignements divers.

Le nombre de journées de traitement, pour les malades ci-dessus, s'est élevé à 139,353, ce qui constitue une moyenne de 10 jours 77/100.

Au 31 décembre 1892, tous les départements de France et d'Algérie ont envoyé des malades à la Clinique Nationale. Il en est venu également des Antilles, de la Réunion, de la Cochinchine, de la Tunisie et de la République Argentine.

2° Clinique externe

STATISTIQUE DES MALADES NON HOSPITALISÉS

TRAITÉS A LA CLINIQUE NATIONALE

Depuis sa fondation jusqu'au 31 décembre 1892.

ANNÉES	CONSULTANTS	CONSULTATIONS	OBSERVATIONS
1881.....	6.412	27.064	
1882.....	7.908	28.798	
1883.....	8.070	33.121	
1884.....	8.757	41.566	
1885.....	9.332	52.108	
1886.....	9.801	45.476	
1887.....	10.190	44.262	
1888.....	11.275	47.274	
1889.....	13.566	45.764	
1890.....	14.050	44.163	
1891.....	14.668	47.062	
1892.....	15.273	46.424	
Totaux...	129.302	503.082	

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS

PRATIQUÉES

Par le docteur A. TROUSSEAU

Cataractes : 234.

• <i>Cataractes séniles</i>	190
Extractions simples.....	168
10 hernies de l'iris.	
3 pincements.	
1 issue du corps vitré.	
5 irido-cyclites, dont 1 purulente.	
1 cataracte hémorragique.	
Extractions combinées.....	22
1 pincement capsulo-irien.	
<i>Cataractes traumatiques</i>	12
Extractions simples.....	6
2 iritis.	
Extractions combinées.....	4
Extraction après iridectomie préparatoire.....	2
<i>Cataractes compliquées</i>	13
Extractions simples.....	5
2 irido-choroïdites.	
Extractions dans la capsule.....	6
1 issue du corps vitré.	
Extractions après iridectomie préparatoire.....	2
<i>Cataracte calcaire</i>	1
Extraction à la pince.....	1
<i>Cataractes liquides</i>	4
Aspiration.....	2
Iridectomie et extraction de capsule.....	2
<i>Cataractes congénitales</i>	12
Extractions simples.....	3
Extractions dans la capsule.....	1
Issue et hernie du corps vitré.	
Extractions combinées.....	2
Iridectomies.....	6
<i>Cataractes luxées</i>	2
Extractions à la curette.....	2
<i>Cataractes secondaires</i>	12
Extractions à la pince.....	2
Discisions.....	2
Iridotomies.....	5
Iridectomies.....	3
Sclérotomies.....	3

Iridectomies : 62.

Iridectomie dans le glaucome	7
— optique	10
— dans les leucomes adhérents	20
— pour synéchies, iritis	9
— dans le staphylome cornéen	2
— pour hernies traumatiques de l'iris	11
— maturatrice	2
— pour scléro-choroïdite	1

Enucléations : 16.

Glaucome absolu	4
Ophtalmie sympathique	3
Traumatismes	2
Panophtalmie traumatique	1
Atrophies irritatives du globe	6

Staphylotomies : 6.

Ablations par le procédé de Wecker	2
Excision avec conservation partielle de la cornée (Trousseau)	2
Opération de Critchett	2

Strabismes : 33.

Ténotomies simples	10
Avancements capsulaires	23

Paupières : 42.

Entropions ou trichiasis	6
Ectropions	7
Opérations sur les granulations { forceps de Knapp	10
{ curettage ou brossage	12
Ablations d'épithélioma	2
Ablations de kystes sébacés ou dermoïdes	2
Ptosis	3

Voies lacrymales : 14.

Raclage du sac	12
Destruction du sac	2
<i>Nota.</i> — Il n'est pas tenu compte des opérations banales.	

Opérations diverses : 30.

Ptérygions, péritomies, ulcères et abcès cornéens, etc.

Nota. — Ne sont comptés que les opérations de quelque importance. Il n'est pas tenu compte des ablations de chalazions, de corps étrangers, des carthoplasties, etc.

Nombre total des opérations : 440.

J'ai fait en 1892 dans mon service de la clinique des
Quinze-Vingts, 440 opérations de quelque importance,

sans compter les menues interventions de la pratique journalière dont la relation est sans intérêt.

Les 440 opérations se décomposent ainsi :

Cataractes.....	234
Cataractes secondaires.....	12
Sclérotomies.....	3
Iridectomies.....	62
Enucléations.....	16
Staphylotomies.....	6
Strabismes.....	33
Opérations sur les paupières.....	42
Opérations sur les voies lacrymales.....	14
Opérations diverses.....	30

J'ai continué cette année à opérer les *cataractes* par mon procédé simplifié qui consiste, comme l'on sait, à n'employer que le couteau pour toute instrumentation et à rejeter absolument l'emploi de la pince à fixer et du blépharostat. J'ai assez insisté dans les précédents *Bulletins* sur les avantages de ce procédé pour ne pas avoir cette fois à y revenir. Il me donne toujours les plus grandes satisfactions et est très apprécié des malades à qui est épargnée la souffrance même la plus légère, aussi ne trouvais-je que rarement des sujets indociles, puisque toute douleur, prétexte d'indocilité, est écartée. On avouera qu'il y a quelque avantage à employer un procédé aussi agréable pour le patient que sûr pour l'opérateur, à qui il permet d'éviter les accidents opératoires ou de pallier rapidement ceux qui pourraient se produire en dehors de toute prévision. Je reste persuadé, malgré l'avis de ceux qui trouvent ce procédé trop simplifié, que la netteté et la rapidité de l'exécution dans une extraction de cataracte constituent d'importants facteurs de succès.

Je reste fidèle à l'extraction simple et je ne réserve l'extraction combinée qu'aux cas compliqués, à moins que je ne constate une rébellion manifeste de l'iris, la toilette de l'œil étant achevée. Discuter ici les avantages ou les inconvénients de l'une ou l'autre méthode serait presque un anachronisme; il y a longtemps que tout a été dit sur ce

sujet. J'aimerais mieux avoir à indiquer une manière certaine d'éviter les hernies de l'iris ou les cataractes secondaires; je crois que de nouvelles discussions sur l'opération de la cataracte n'auraient de chances de passionner le public ophtalmologique, que si quelqu'un d'entre nous venait révéler le moyen de supprimer ces accidents. Voilà, il me semble, quel doit être le but de ceux qui écrivent encore sur l'extraction du cristallin. Depuis longtemps je lutte pour abaisser le chiffre des hernies de l'iris et des cataractes secondaires et je n'y puis réussir malgré les toilettes post-opératoires les plus raffinées.

Comme les années précédentes, je puis enregistrer une statistique vierge de toute panophtalmie, mais non de tout accident infectieux, car après une extraction faite régulièrement, mais compliquée dans ses suites par une grande indocilité de la malade, j'ai vu survenir une irido-cyclite purulente qui m'a causé les plus vives inquiétudes. J'ai pu, néanmoins, l'enrayer grâce à de fréquentes lotions et compresses chaudes de sublimé et à des instillations répétées de collyre à l'atropine, et j'ai pu conserver l'œil d'ailleurs impropre à la vision.

J'ai eu encore une perte définitive d'un œil amenée par une hémorrhagie qui survint cinq à six heures après l'intervention, sans qu'il m'ait été possible d'en déterminer exactement les causes. Le lendemain je débarrassai l'organe des caillots qui l'obstruaient, je pansai antiseptiquement et j'obtins un œil atrophique, mais d'un aspect assez convenable. Je crois que l'énucléation immédiate est loin d'être justifiée dans les cataractes hémorrhagiques et qu'avec quelques soins on peut souvent conserver le globe oculaire.

J'opère par extraction les cataractes congénitales après, si faire se peut, une iridectomie préparatoire. J'avoue que je n'évite que bien rarement une opération secondaire ultérieure.

Je n'ai pas eu d'ennuis cette année du côté des opérations secondaires; on remarquera que j'en ai, du reste,

intentionnellement pratiqué fort peu. Elles ont toutes été faites aussi loin que possible de la première intervention, sous la protection d'une rigoureuse antisepsie et en évitant tout tiraillement de l'iris. Je me trouve mieux pour les dissections de l'emploi de la serpette tranchante plutôt que de celui du kystitome qui avait autrefois nos préférences. La serpette coupe sans tirer, c'est là son grand avantage. Quand j'ai lieu de supposer qu'elle pourra être faite au-devant d'une portion claire, je pratique volontiers l'iridectomie inférieure en cas d'obstruction de la pupille par des masses épaisses ou par des débris capsulo-iriens.

Trois sclérotomies seulement ont été faites sur des yeux glaucomateux. Je pense que la sclérotomie est toujours bien inférieure à l'iridectomie et qu'elle ne doit être utilisée que comme seconde opération, alors que les résultats de la première ne se sont pas maintenus. L'iridectomie est donc l'opération de choix dans le glaucome aigu ou sub-aigu. Elle est tout à fait inutile dans le glaucome chronique.

L'iridectomie est-elle bien favorable quand on la dirige contre d'anciennes *synéchies* ou des iritis récidivantes ? Elle m'a paru souvent être suivie d'une diminution de l'acuité visuelle et ne pas prévenir les rechutes. Pourtant il faut reconnaître que quand elle est pratiquée largement, elle peut rendre un grand service en maintenant la perméabilité de la pupille.

Deux iridectomies pratiquées dans le but d'arrêter la marche de staphylomes cornéens n'ont pas donné le résultat cherché.

J'ai fait, comme d'habitude, très peu d'énucléations, me bornant à enlever les yeux perdus définitivement, très douloureux ou très dangereux pour le congénère. En cas de traumatismes graves avec désordres étendus, je n'énuclée jamais d'emblée. Je réalise une antisepsie aussi complète que possible et je suis souvent étonné de l'aspect satisfaisant qu'offre un œil, jugé le premier jour impossible à garder, après quelques semaines de soins et de pansements.

J'ai essayé et réussi une nouvelle opération contre le staphylome qui a, sur celles qu'on a proposées, l'avantage d'être très conservatrice et de remplir parfaitement le but cosmétique. Peut-être, perfectionnée, permettra-t-elle de conserver une partie de la vision dans les cas où une portion de la cornée ectasiée a gardé un peu de transparence. Dans la séance du 8 mars 1892 j'ai présenté à la Société d'ophtalmologie de Paris un petit malade opéré par ce procédé. Le volume du staphylome autorisait un sacrifice radical et j'ai été assez heureux pour pouvoir conserver une partie de la cornée transparente. Aujourd'hui, un an après l'opération, l'œil offre un aspect des plus satisfaisants. Il a, à peu près, le volume de l'œil sain et la cornée, quoique aplatie, est encore transparente, le résultat peut être considéré comme définitif. Par ce procédé j'ai opéré un autre sujet avec un excellent résultat, mais je n'ai suivi le malade que pendant deux mois.

Voici ma manière de faire :

Je commence par dégager largement la conjonctive tout autour de la cornée staphylomateuse, puis je passe dans les bords de cette conjonctive des fils de soie qui plus tard les rapprocheront.

Je ponctionne ensuite le staphylome à sa base avec le couteau et j'en fais la transfixion en me dirigeant vers le sommet, taillant un lambeau apte à combler la perte de substance qui sera créée par l'enlèvement d'une des deux portions du staphylome, évidemment de celle dont la conservation semble la plus difficile ou la moins avantageuse pour l'aspect ultérieur de l'œil. Dans les deux cas que je cite j'enlevai, au ras de la sclérotique, la portion inférieure de la cornée, conservant en haut une assez grande étendue de cette membrane pour que ramenée au contact du limbe scléro-cornéen inférieur elle bouchât l'orifice laissé par l'ablation et s'adaptât à ce limbe.

Je ne cherche pas à faire de sutures cornéennes, je me borne à fermer la plaie béante en appliquant sur elle la partie conservée de la cornée, ce que je réalise aisément

en serrant les sutures conjonctivales de façon à ce que la traction exercée par les fils abaisse et aplatisse progressivement le lambeau cornéen.

L'opération terminée la cornée est entièrement recouverte par la conjonctive et je laisse la cicatrisation se faire sous la protection de l'enveloppement conjonctival. Au bout de six à dix jours j'enlève une à une à un jour de distance les sutures conjonctivales, en commençant par celle qui est située du côté de la base du lambeau cornéen. Une fois les sutures enlevées la conjonctive s'écarte et laisse voir la cornée unie à la sclérotique et un peu aplatie. Dans les deux cas la transparence cornéenne s'est maintenue, je tiens à le répéter.

Je ne sais quel est l'avenir de cette opération ; en tous cas, les résultats que j'ai obtenus sont des plus intéressants et prêtent à maintes déductions sur lesquels je ne puis m'appesantir ici.

Les avancements capsulaires que j'ai faits pour la cure des strabismes m'ont tous, sauf un, donné un excellent résultat. La moyenne des succès est bien supérieure avec le procédé de Wecker qu'avec toute autre méthode, mais je ne suis pas aussi persuadé que cet auteur que de larges ténotomies faites du côté opposé à l'avancement ne soient pas un puissant facteur de réussite. J'ai attribué l'insuccès que je relate à une ténotomie insuffisante ; j'avais respecté les *ailérons* et fait un très petit dégagement.

Les curettages et brossages des granulations de la conjonctive ont pu tous être faits sans accident grave, mais pourquoi n'ai-je pas obtenu, au point de vue de la cure radicale, les brillants résultats qu'annonçait le docteur Abadie ? J'ai eu de très belles améliorations, mais pas une guérison parfaite après un seul curettage-brossage. Je me propose d'étudier bientôt à fond, dans un article spécial, les résultats des méthodes de traitement chirurgical des granulations ayant conservé les observations de tous mes opérés et les ayant presque tous suivis longtemps. L'emploi du forceps de Knapp ne m'a aussi donné que des amélora-

tions. Je me hâte de dire que je n'applique les méthodes dont je viens de parler qu'aux cas sérieux et qui ne me semblent pas devoir guérir par les procédés ordinaires.

J'ai eu de grandes satisfactions dans le traitement des mucocèles et des dacryocystites en employant le curettage du sac après incision par le point supérieur et réunion immédiate de la plaie (de Weker), j'ai obtenu des guérisons définitives pour une affection vraiment désespérante, et cela avec un minimum d'ennuis pour les patients.

A. TROUSSEAU.

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS

PRATIQUÉES

Par le docteur A. CHEVALLEREAU

Cataractes : 281.

Cataractes séniles : Extraction simple.....	224;	panophtalmie, 2;
239		hernie de l'iris. 10
—		issue du vitré.. 3
—	Extraction avec iridectomie....	15
Cataractes traumatiques : Extraction simple.....	11;	hernie de l'iris. 1
19		issue du vitré.. 1
—	Extraction à la curette...	2
—	Extraction par aspiration.	3
—	Extraction avec iridec- tomie.....	3
Cataractes adhérentes : Extraction avec iridectomie.	2	
2	Extraction à la curette....	1
—	Extraction à la pince.....	1; issue du vitré.. 1
Cataractes régressives : Extraction simple.....	2	
4	Extraction avec iridectomie.	1
—	Extraction à la pince.....	1
Cataractes congénitales : Extraction simple.....	6;	hernie de l'iris. 1
15	Extraction avec iridectomie	6
—	Extraction à la pince (cat. régressive).....	3
Cataractes secondaires : Extraction de capsule.....	25;	issue du vitré.. 1
51	Discission.....	26
Maturation de cataracte par discission.....	8	

Opérations sur l'iris : 119.

Iridectomie pour glaucome.....	22
85 pour leucome.....	39
— pour occlusion pupillaire.....	12
— pour iritis.....	5
— pour irido-choroïdite.....	6
— pour infiltration de la cornée après cataracte.....	1
Ablation de kystes de l'iris.....	1
Iridotomie.....	2
Synéchetomie.....	3
Coréolysis pour synéchie antérieure.....	2
Excision de hernie de l'iris traumatique.....	12
— — après cataracte.....	12
Cautérisation de hernie de l'iris au thermo-cautère.....	2

Opérations sur la cornée : 24.

Paracentèse de la cornée pour hypopyon.....	6
— pour ulcère à hypopyon.....	4
Opération de Scemisch.....	1
Cautérisation au thermo-cautère pour ulcère de la cornée.....	1
— pour staphylome.....	1
— pour kératocone.....	2
Opération de Critchett.....	1
Amputation de la cornée.....	1
Tatouage de la cornée.....	6
Extraction de corps étranger de la chambre antérieure.....	1

Opérations sur la conjonctive : 15.

Cautérisation au thermo-cautère pour épithélioma.....	1
Péritomie aux ciseaux.....	3
— au thermo-cautère.....	4
Ptérygion (ablation avec suture conjonctivale).....	4
— (greffe de conjonctive de lapin).....	1
— (cautérisation).....	2

Opérations sur la sclérotique : 38.

Sclérotomie antérieure pour glaucome.....	8
Cautérisation au thermo-cautère pour sclérite.....	15
— pour décollement de la rétine.....	15

Strabismes : 53.

Ténotomie simple du droit interne.....	20
— avec suture conjonctivale.....	21
— simple du droit externe.....	6
— avec suture conjonctivale.....	5
Avancement du droit interne.....	1

Opérations sur les paupières : 157.

Ankyloblépharon (suture conjonctivale).....	1
Symblépharon.....	5
Ptosis (suture de Pagenstecher).....	1
Opération de Szymanowski.....	1
Transplantation du sol ciliaire.....	7
Destruction des cils par l'électrolyse.....	6
Blépharorrhaphie.....	3
Suture de Snellen.....	1
Canthoplastie.....	8
Cantothomie.....	1
Chalazions.....	78
Millium.....	1
Kyste dermoïde.....	3
Tumeurs érectiles (électrolyse).....	1
Ectropion.....	22
Entropion.....	2

Epithélioma des paupières.....	5
Papillomes et molluscum.....	6
Opération de Samelsohn.....	1
Blépharoplastie pour ectropion cicatriciel.....	3
— pour colobome traumatique.....	1

Opérations sur les voies lacrymales : 59.

Incision du point lacrymal inférieur.....	24
Cautérisation du sac lacrymal au thermo-cautère.....	3
— — au nitrate d'argent.....	2
Curettage du sac.....	30

Opérations dans l'orbite : 34.

Enucléation pour traumatisme.....	3
— pour panophtalmie traumatique.....	4
— pour panophtalmie par leucome adhérent.....	1
— pour irido-choroïdite.....	2
— pour glaucome.....	2
— pour moignon douloureux.....	7
— pour buphtalmie.....	4
— pour gliome de la rétine.....	1
— pour tuberculose de l'œil.....	1
Eviscération du globe pour panophtalmie.....	2
Evidement de l'orbite pour sarcome.....	2
— pour épithélioma récidivé.....	1
Abcès froids des parois de l'orbite.....	2
Ouverture de phlegmons de l'orbite.....	2

Cette statistique peut se résumer ainsi :

Opérations sur le cristallin.....	340
— sur l'iris.....	119
— sur la cornée.....	24
— sur la conjonctive.....	15
— sur la sclérotique.....	38
— sur les muscles.....	53
— sur les paupières.....	157
— sur les voies lacrymales.....	59
— sur l'orbite.....	34
	839

Soit un total de 839 opérations d'importance diverse.

L'extraction de la cataracte a été pratiquée cette année dans mon service exactement comme je l'ai décrite dans le *Bulletin* de 1890, sans aucune modification. Les complications principales ont été deux pertes de l'œil par panophtalmie, soit 0.7 %. Très désireux de déclarer intégralement les résultats obtenus dans mon service, je signa-

lerai cette année encore deux cas de panophtalmie ; et si, par pur hasard, il m'arrive une année de n'en point avoir, je ne m'en féliciterai pas trop, craignant fort un succès moins complet pour l'année suivante. Avec un nombre aussi considérable de malades souvent malpropres et qui ne peuvent être surveillés d'une façon aussi étroite que le sont les malades de la ville, il serait bien curieux qu'il n'y eût jamais aucune complication sérieuse. Pour remédier à cette malpropreté souvent trop évidente, nous avons demandé que tout malade amené à la Clinique pour y subir une opération fût d'abord mis dans un bain complet. Cela ne paraîtra sans doute pas superflu pour des malades qui souvent ont fait un long voyage et qui d'ailleurs négligent assez volontiers les soins de la toilette. Lorsque, pour des raisons de service, le bain complet ne pourra être donné, le malade sera soumis à un lavage partiel.

J'ai eu dans mes extractions simples 12 hernies de l'iris sur 224, soit 5.35 pour 100. Les issues de corps vitré ont été fort peu nombreuses, et dans un seul cas, par le fait d'une contraction brusque du malade, cette issue a été assez abondante, sans amener d'ailleurs aucune complication.

Pour mes cataractes traumatiques, chez des personnes jeunes, ne présentant par suite pas de noyau, j'ai eu fort à me louer dans trois cas de l'aspiration avec l'appareil de Redard. J'ai eu d'emblée un résultat plus complet que je ne l'aurais eu par tout autre procédé et je me propose d'employer désormais cette méthode plus souvent que je ne l'avais fait jusqu'aujourd'hui.

J'ai fait de nombreuses opérations secondaires, 51 contre 281 extractions. J'ai fait 25 fois l'extraction de la capsule avec la pince à iridectomie ou avec la pince capsulaire de Vacher, 26 fois la discission avec le petit couteau falciforme, qui provoque aussi peu de traumatisme que possible, et dans un seul cas de la première catégorie j'ai eu une très légère issue de corps vitré. Je serais donc porté à considérer cette opération comme fort peu dangereuse si, depuis quelque temps surtout, les statistiques de confrères

très estimés n'avaient signalé les complications très redoutables qui peuvent suivre une simple discission. J'ai eu moi-même, il y a trois ans (Voir *Bulletin*, 1890) un cas de panophtalmie absolument inexplicable après une simple discission chez une petite fille. Cela a même permis à mon très honoré confrère Landolt (1), se basant sur cette seule année, très exceptionnelle puisque je n'ai jamais eu d'autre complication, de dire que j'avais 9,09 0/0 de panophtalmie dans mes discissions ! Cela montre simplement le parti que l'on peut tirer des statistiques et combien il est facile de leur faire dire ce que l'on veut.

Sur nos 85 iridectomies, 39 ont été des iridectomies optiques faites pour des leucomes masquant le champ pupillaire et dans le but d'améliorer la vision. C'est beaucoup pour les résultats que nous en avons obtenus. En effet, en dehors de quelques cas où l'acuité visuelle s'est très notablement améliorée après cette opération, dans la plupart l'acuité est restée la même et parfois même elle a diminué, à cause de l'astigmatisme provoqué par la plaie cornéenne et parfois de l'infiltration post-opératoire de la cornée au voisinage de la plaie. Notre chef de clinique, Bastide, fait actuellement un relevé qui nous permettra d'appuyer ces considérations sur des chiffres précis, mais dès maintenant nous sommes décidé à restreindre le chiffre de nos iridectomies dites optiques.

J'ai fait une ablation de kystes de l'iris consécutifs à une opération de cataracte. Le malade a été présenté à la Société d'ophtalmologie de Paris et l'observation a été publiée dans la *France médicale* (1892, n° 43, p. 673).

Dans la statistique des opérations sur l'iris figurent 2 cas de corélisis pour synéchie antérieure pratiquée chez le même malade (Bos, n° 16334). Cet homme opéré de cataracte en 1891 avait eu une cicatrisation retardée; l'iris, resté longtemps accolé à la face postérieure de la cornée, avait fini par contracter en un point une adhérence avec

(1) *Archives d'ophtalmologie*, 1892, p. 532.

cette membrane et à ce niveau s'était manifestée une infiltration circonscrite de la cornée. L'an dernier, ce malade vint se faire opérer de son second œil et le même accident se reproduisit : cicatrisation très tardive de la plaie cornéenne, accollement d'une partie du bord pupillaire à la membrane de Descemet et infiltration de la cornée à ce niveau. Trois semaines après la cicatrisation du second œil, je fis avec une aiguille anglaise une étroite ponction de la cornée juste suffisante pour passer une spatule et avec cette spatule, il fut très facile de détruire l'adhérence irido-cornéenne. Huit jours après, l'infiltration de la cornée avait complètement disparu de chaque côté.

Dans le traitement des ulcérations envahissantes de la cornée, j'ai fait une seule fois usage du thermocautère, qui me paraît plutôt nuisible dans la plupart des cas. Dans un cas récent je me suis fort bien trouvé du raclage de l'ulcère avec la pointe d'un couteau de Græfe ; l'ulcération a immédiatement cessé d'envahir la membrane et la réparation a suivi assez rapidement. Je me propose de revenir sur ce procédé.

Nous avons eu l'année dernière un double kératocone pour lequel nous avons employé un procédé aussi simple qu'efficace. C'est la cautérisation du sommet du kératocone avec la petite pointe fine du thermocautère. Il faut appliquer la pointe du thermocautère normalement à la surface de la cornée juste au sommet du kératocone où déjà il existe d'ailleurs un petit leucome pour peu que le kératocone existe depuis un certain temps ; on peut traverser complètement la cornée, mais cela n'est pas indispensable et il suffit que la pointe du thermocautère pénètre jusqu'à la membrane de Descemet pour qu'immédiatement la cornée se rétracte, s'affaisse, et prenne une forme aplatie. Ce procédé si simple nous paraît de beaucoup supérieur à tous ceux qui ont été décrits jusqu'ici dans le traitement du kératocone.

L'opération de Critchett nous a rarement donné des résultats bien satisfaisants. La suture en bourse préconisée par

M. de Wecker ne tient généralement pas assez pour que la cicatrisation par dessous ait le temps de devenir complète et l'opération primitive de Critchett a l'inconvénient de former aux deux extrémités latérales de la plaie une saillie qui rend difficile le port d'un œil artificiel. Nous nous bornons actuellement, dans les cas de staphylome total, à faire une simple amputation de la cornée, de l'iris et du cristallin, nous nous bornons à saupoudrer d'iodoforme l'orifice béant et à appliquer un pansement compressif que l'on change tous les trois ou quatre jours et qui reste en place pendant environ trois semaines. L'orifice se rétrécit et se ferme peu à peu et au bout de ce temps on a un moignon arrondi beaucoup plus régulier que celui que donne l'opération de Critchett.

L'extraction de corps étrangers de la chambre antérieure dont il est question ci-dessus (Point, 31 278) est celle d'une épine qui avait traversé la cornée au niveau de laquelle elle faisait d'abord saillie. Les tentatives d'un médecin n'avaient servi qu'à faire pénétrer cette épine plus avant, de sorte que lorsque le malade est arrivé aux Quinze-Vingts la pointe était piquée dans l'iris et sa base était accolée à la cornée qui s'était refermée sur elle. Une aiguille anglaise nous a servi à faire la ponction de la cornée et à faire basculer cette épine, puis avec une spatule nous avons réussi à faire cheminer cette épine entre la cornée et l'aiguille anglaise qui protégeait en même temps l'iris et le cristallin.

Nous continuons à traiter uniquement par le thermocautère le décollement de la rétine et nous avons des améliorations dans presque tous les cas. Nous avons fait à ce sujet, à la Société française d'ophtalmologie, une communication portant sur 25 observations (voir *France médicale*, 1892, n° 27, p. 420). Les auteurs qui se sont occupés de la question, et tout récemment M. Bourgeois (de Reims), conseillent de s'arrêter après cinq ou six applications de pointes de feu. Nous avons obtenu des améliorations après des séances beaucoup plus nombreuses et, même dans les

cas où on ne peut espérer la guérison, les applications de pointes de feu faites quinze ou vingt fois nous paraissent le meilleur moyen de conserver à ces malades le peu de vision qui leur reste.

Nous opérons toujours nos strabismes par la simple ténotomie avec suture conjonctivale, sans avancement musculaire ni capsulaire. Dans le strabisme convergent cela suffit toujours pour arriver à une correction complète ; il n'en est pas de même dans le strabisme divergent et, dans un cas de ce genre, nous avons eu recours à l'avancement du droit interne.

L'une de nos opérations de ténotomie du droit interne mérite au moins une mention particulière. Il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans (Aubergeon) qui depuis sa première enfance avait, à la suite de convulsions, paraît-il, une rétraction telle des deux droits internes que les deux yeux étaient absolument déviés et immobiles dans l'angle interne, en déviation d'environ 50°. Même après l'anesthésie chloroformique complète, il était impossible, en tirant fortement en sens contraire avec des pinces, de faire quitter à l'œil cette position. Notre ténotomie a en réalité consisté en une dissection longue et minutieuse pour séparer de la sclérotique le droit interne et les nombreuses brides fibreuses qui se trouvaient à ce niveau. Pour l'œil gauche le résultat fut immédiatement complet et l'œil revint au milieu de la fente palpébrale ; pour l'œil droit, pendant cette dissection, mon ciseau perfora la sclérotique, ce dont je m'aperçus immédiatement par l'arrivée d'un peu de vitré. Je me contentai de laisser les choses en l'état et d'appliquer immédiatement un pansement. Quatre mois après, je revins à cet œil, je pus continuer et achever la dissection sans encombre et actuellement cette jeune fille a les deux yeux normalement placés quand elle regarde en face ; mais comme d'abord, ils ne peuvent faire aucun mouvement.

Nous avons observé 2 cas, dont 1 en ville, de ptosis complet de la paupière supérieure survenu à la suite de

l'ablation de la portion palpébrale de la glande lacrymale. Dans les deux cas, l'opération avait été faite par le promoteur de l'opération lui-même ; c'est dire que l'exécution a certainement été irréprochable ; aussi, nous ne savons comment expliquer cette complication si pénible d'une opération qui paraît si inoffensive par elle-même.

Nous avons considérablement simplifié la chirurgie des paupières en ce qui concerne l'ectropion muqueux. Dans tous ces cas (22) une ou deux applications du thermocautère ont suffi à nous donner un résultat aussi parfait que possible. Après une injection hypodermique de cocaïne, l'opération est absolument indolore. Un aide attirant et renversant en bas la paupière inférieure, nous traçons avec la petite lame étroite du thermocautère, sur la muqueuse, une ligne parallèle au bord libre, profonde de 4 ou 5 millimètres et s'étendant d'un bout à l'autre de la paupière. Dans les cas très légers une simple raie de feu suffit ; dans les cas d'ectropion très prononcés, il faut avec le thermocautère, faire subir à la muqueuse en avant et en arrière une perte de substance suffisante pour que la rétraction cicatricielle ramène le bord libre de la paupière au contact du globe de l'œil. Il faut en général quinze jours pour que ce résultat soit obtenu et on peut toujours l'obtenir complet.

Chez un malade (Soulett, 21,317) atteint de colobome traumatique de la paupière supérieure gauche, la section comprenant toute l'épaisseur de la paupière depuis le bord libre jusqu'à la région sourcilière et datant de plusieurs semaines, j'ai fait deux tentatives infructueuses en me contentant, après une incision libératrice en dehors, d'aviver les bords du colobome et de suturer. Pensant que le cartilage tarse sectionné par les fils pouvait être la cause de cet insuccès, j'ai alors laissé en arrière le cartilage tarse soigneusement disséqué des parties antérieures et je me suis contenté de réunir la peau et l'orbiculaire des paupières. Le résultat, cette fois, a été complet.

Par opération de Samelsohn nous entendons la réfection

du cul-de-sac inférieur de la conjonctive par le procédé décrit au dernier Congrès d'Heidelberg par notre distingué confrère de Cologne. Il s'agissait d'un malade qui, à la suite d'une énucléation, avait vu s'opérer une rétraction de la cavité conjonctivale et ne pouvait plus porter de pièce artificielle. L'opération nous a permis de lui refaire un cul-de-sac suffisant pour qu'il puisse désormais porter son oeil de verre. Ce malade a été présenté à la Société d'ophtalmologie de Paris. (Voir *Bulletin de la Société*, 1892, p.76).

La thérapeutique des voies lacrymales subit actuellement une évolution qui ne paraît pas devoir l'entraîner bien loin des sentiers déjà battus depuis longtemps ; nous continuons à tourner dans le même cercle où nous découvrons parfois des choses si anciennement connues qu'il est bien permis de leur refaire une virginité. Dans les cas de rétrécissement du canal nasal nous avons obtenu plusieurs succès complets par le simple cathétérisme, répété à intervalles de plus en plus éloignés. Dans beaucoup de cas le cathétérisme ne suffit évidemment pas, il faut modifier ou même détruire la muqueuse du sac lacrymal. Nous y arrivons avec le curettage du sac et dans quelques cas avec le thermocautère. Pour le curettage, après avoir injecté de la cocaïne dans la peau au devant du sac et en évitant bien de faire pénétrer la pointe de l'aiguille de Pravaz dans le sac lui-même, nous faisons une incision comprenant la paroi antérieure du sac du haut en bas, coupant par conséquent sans réserve le tendon direct de l'orbiculaire des paupières. Cela nous donne une ouverture largement suffisante pour manœuvrer la curette tranchante n° 7 dont nous nous servons habituellement ; après un curettage aussi complet que possible, nous lavons abondamment au sublimé et nous pansons à plat sans rien laisser dans la plaie ; les jours suivants nous continuons les lavages pendant les quatre ou cinq jours que cette plaie met à se refermer complètement. Bien entendu nous ne mettons jamais de suture. On sait, d'autre part, combien il est difficile de retrouver par la suite les traces des plaies de cette région.

Ce curettage nous a donné quelques très heureux résultats, mais il n'en est pas toujours de même : nous avons parfois été obligé de pratiquer le curettage deux et trois fois chez le même malade et parfois même nous avons dû recourir au thermocautère pour lequel nous conservons notre prédilection dans les cas très prononcés. L'action du thermocautère est, en effet, très énergique ; la section de la peau peut être presque linéaire et quant à l'objection qu'on lui a faite d'amener des ectropions, en pareille région, elle nous paraît assez difficile à soutenir.

A. CHEVALLEREAU.

Canthoplastie.....	2
Opération du professeur Panas (ptosis).....	1
Opération de Dransart (ptosis).....	3
Ablation d'une troisième paupière.....	1
Galvanopuncture dans une meibomite.....	1
Electrolyse pour trichiasis.....	1
Opération d'Ammon (modifiée).....	1
Destruction d'un nævus au galvanocautère.....	1
Suture après avivement d'un colobome traumatique de la paupière.....	2
	104

Sur le sourcil.

Ablation de kystes dermoïdes.....	4
— sébacés.....	4
	8

Sur l'appareil lacrymal.

Curettage du sac suivi d'un pansement à ciel ouvert.....	17
Opération de de Wecker.....	1
— de Terson.....	2
— de Stilling.....	3
Ablation d'une tumeur de la glande lacrymale.....	1
	24

Sur la conjonctive.

Ptérygion.....	7
Dissection de symblépharon.....	3
Scarification de granulations suivie de brossage au sublimé à 1/500.....	2
Ignipuncture de granulations isolées.....	1
Péritomie à l'instrument tranchant.....	3
— avec le galvanocautère.....	2
Ablation de kyste dermoïde sous-conjonctival.....	2
— de lipome sous-conjonctival.....	1
— de fibrome sous-conjonctival.....	1
Excision d'un lambeau conjonctival recouvert de granulations.....	1
	23

Sur le globe.

Enucléation.....	13
Résection du segment antérieur.....	4
Ponction équatoriale au galvanocautère.....	3
	20
	3

Sur la cornée.

Sclérotomie	2
Tatouage	10
Paracentèse au galvanocautère	2
— au couteau lancéolaire	4
Ablation de papillome	1
— de tumeur épithéliomateuse	2
— de plaques de xérosis	1
Cautérisation d'ulcères infectieux	2
	24

Sur la sclérotique.

Galvanopuncture pour sclérite	12
— scléro-choroïdite	1
— décollement rétinien	1
Extraction d'un corps étranger	1
	15

Sur l'iris.

Iridectomie	34
Irido-capsulotomie	8
Destruction de hernies iriennes avec le galvanocautère	3
— avec la pince-ciseaux	9
Synéchetomie	2
	56

Sur le cristallin.

Extraction de la cataracte.....		202	
Opération de cataracte secondaire	{	Discission.....	8
		Extraction de la mem- branule avec la pince capsulaire.....	2
		Section de la membra- nule avec la pince- ciseaux.....	6
		Massage du cristallin (maturation artificielle).....	2
Extraction de cristallin luxé.....		1	
— d'un filament cornéen adhérent à la capsule cristallinienne.....		1	
		222	

Sur les muscles.

Ténotomie	10
— et avancement capsulaire	17
— — musculaire	2
— et anse du docteur Chevallereau	2
	31

Sur l'orbite.

Ablation de sarcome orbitaire.....	2
------------------------------------	---

Sur le sinus frontal.

Incision d'un abcès du sinus frontal.....	1
Trépanation du sinus frontal.....	1
	2

Les 202 opérations de cataracte se répartissent ainsi :

Opération sans iridectomie		157
— avec iridectomie { Kératotomie supérieure.....		40
— inférieure.....		2
Extraction dans la capsule sans iridectomie.....		1
— avec —		2
	Total.....	202

Il s'est produit :

Deux cas de panophthalmité franche.

Les 158 extractions sans iridectomie ont donné 14 enclavements de l'iris, soit 8.8 0/0.

Il y a eu dans 10 cas issue d'une légère quantité de vitreum, soit 4.9 0/0.

Chez un malade cette hernie du corps vitré s'est produite avant toute manœuvre pour l'extraction du cristallin, aussitôt après l'incision de la cornée.

OPÉRATIONS SUR LES PAUPIÈRES. — *Le chalazion.* — Dans une des dernières séances de la Société d'ophtalmologie de Paris, il a été question incidemment de l'opération du chalazion et j'y ai noté de la part de certains auteurs, une préoccupation d'éviter les récidives de cette désagréable petite affection. Pour être sûr du lendemain, on a conseillé de cautériser la plaie après extirpation avec le galvanocautère. Sans doute les récidives sont l'écueil de l'opération, mais le meilleur moyen de ne pas les craindre est d'extirper la néoplasie dans sa totalité. Pour cela, il est préférable, selon moi, d'opérer par la peau et non par la muqueuse. Ceux qui conseillent l'opération par la mu-

queuse mettent en avant l'avantage qu'il y a à ne pas avoir de solution de continuité au tégument externe. Mais la plaie de la peau est si petite et se cicatrise avec tant de rapidité, en vingt-quatre heures ! Et ensuite, il n'en reste nulle trace. L'ablation par la muqueuse, outre qu'elle ne permet pas une dissection aussi nette, aussi chirurgicale que la précédente, est même suivie de plus de réaction qu'avec l'incision de la peau, car le gonflement des paupières est généralement assez considérable.

En résumé, j'enlève le chalazion par la peau, à moins qu'il ne fasse une saillie tout à fait marquée sous la muqueuse.

Après l'application de la pince de Desmarres, je transfixe la tumeur et la peau de part en part et, en deux coups de ciseaux pointus, j'enlève les deux moitiés du néoplasme. Un rapide nettoyage à la curette met à vide la petite logette creusée dans le cartilage tarse. Pas de suture sauf si la plaie de la peau atteint deux centimètres, ce qui est rare. L'opération avec l'injection sous-cutanée de cocaïne n'est pas douloureuse et fort rapide. Je n'ai jamais de récidives.

OPÉRATIONS SUR LE SOURCIL. — *Kystes*. — J'agis de même avec les kystes dermoïdes. Au lieu de m'astreindre à une dissection savante du kyste, laquelle finit toujours au plus beau moment par une perforation suivie d'une expulsion de matière sébacée qui réduit tous les efforts à néant, je transfixe la peau et le kyste largement, j'exprime le kyste et le vide ; puis, saisissant avec une pince les deux côtés de la poche, très reconnaissables, je les libère avec des ciseaux. Ce procédé est infiniment court et fort peu douloureux avec la cocaïne. En quarante-huit heures, sans drain (à moins de cavité très grande) la réunion est complète.

SUR L'APPAREIL LACRYMAL. — *Curettage*. — Le curettage du sac dans les dacryocystites chroniques, les mu-

cocèles principalement, nous donne toujours les meilleurs résultats. Large ouverture par la peau au-dessous du tendon de l'orbiculaire ; curettage du sac dilaté et fongueux avec la curette tranchante ; attouchements multipliés avec le sublimé à dose caustique à 1/100. J'ai essayé aussi la solution de chlorure de zinc au vingtième et avec succès. Enfin, je place à demeure une mèche d'iodoforme très bourrée. Tous les quatre jours on change la mèche et on touche le fond de la cavité, au sublimé ou au chlorure de zinc. Le traitement dure une quinzaine de jours.

C'est pour satisfaire à mon but qui est de voir toujours, et chirurgicalement, ce que je fais, que je préfère ce mode opératoire à ciel ouvert, à la méthode de M. Terson qui opère par les voies naturelles. M. de Wecker après incision du sac et de la peau de dedans en dehors (le couteau entré par le canalicule lacrymal), curette, puis cherche la réunion du sac et de la peau par première intention. Je préfère reculer la réunion de quelques jours pour pouvoir modifier à plusieurs reprises encore la paroi interne du sac lacrymal ; du reste, chez un malade à qui j'avais pratiqué la suture cutanée après le curettage, la réunion a manqué et un colobome, léger d'ailleurs, s'en est suivi. La guérison est tellement simple avec le curettage, je dirai poursuivi, par des attouchements caustiques ultérieurs ; la cicatrisation, dès qu'on enlève la mèche, est tellement rapide, que je me sens peu entraîné à modifier ce procédé si sûr. La cicatrice n'est pas visible.

SUR LA CONJONCTIVE. — Granulations. — On ne peut guère en ce temps-ci se dispenser de donner son opinion sur le traitement des granulations. Mon sentiment, à l'égard des traitements chirurgicaux multiples et aussi à l'égard des anciens moyens thérapeutiques, est qu'ils ont tous des indications. Ces méthodes, quelles qu'elles soient, trouvent des cas auxquels elles conviennent très bien. Le brossage, le curettage, les scarifications font merveille dans certains cas, non dans tous. Chez un de mes malades il n'y avait en tout

et pour tout qu'une rangée de grosses granulations plantées en rang d'oignons dans le cul-de-sac, l'excision d'après Galezowski n'était-elle pas indiquée ici? Je l'ai faite et avec un succès rapide, naturellement.

En somme, il n'y a pas des granulations, mais des granuleux; cet aphorisme qui s'applique à beaucoup de maladies n'est pas déplacé ici.

Pour les granulations de moyenne intensité, les plus communes, j'aime beaucoup l'action répétée tous les huit jours d'une pierre ponce taillée en crayon. Ce ponçage est un brossage adouci. Je ne néglige pas, d'ailleurs, le vieux sulfate de cuivre.

SUR LE GLOBE. — *Enucléation.* — Il s'établit certainement depuis quelques années un courant d'opinion contre l'usage immodéré de l'enucléation. M. de Wecker a donné un corps à cette opinion latente dans un travail qui n'a peut-être pas eu tout l'écho qu'il aurait pu avoir, en raison de la forme un peu personnelle, de l'allure de réquisitoire affectée par cet écrit. Il n'en est pas moins vrai que maintenant on s'attache à reculer autant que possible les limites de l'indication nette de l'enucléation. Dans les staphylomes même, avec déformation de l'œil, si le globe est dur on s'efforce de diminuer la tension par une ponction équatoriale, au besoin répétée. La ponction telle que la conseille Parinaud pratiquée avec le couteau de de Græfe, dont on retourne la lame à angle droit dans la plaie de manière à effectuer une solution de continuité de la sclérotique figurant un V, m'a donné de bons résultats.

SUR LA CORNÉE. — *Sclérotomie.* — Voilà une opération qui, véritablement, ne donne pas grande satisfaction; il est vrai qu'on ne la pratique guère que lorsqu'on ne croit pas au succès de l'iridectomie et qu'on veut faire quelque chose.

Son application n'est étendue que si on consent à l'employer lorsqu'il n'y a pas moyen de compter avoir un succès avec une autre opération, c'est-à-dire dans les glaucomes

chroniques, dans les glaucomes absolus anciens. C'est alors un coup d'épée dans l'eau.

Cautérisation d'ulcères infectieux. — De moins en moins je suis partisan de toucher la cornée avec le fer rouge. Le professeur Snellen l'a dit au récent Congrès Neerlandais, le feu endommage plus la cornée que le travail ulcératif lui-même. Il convient peut-être de faire exception pour les ulcères compliqués de dacryocystite purulente, laquelle menace l'œil de panophtalmie et qu'il faut à tout prix arrêter. En dehors de ce cas, le pansement *sec, occlusif, permanent*, est souverain.

SUR LE CRISTALLIN. — Cataracte. — La question de l'opération de la cataracte n'a guère changé depuis l'année dernière. Les mêmes procédés, l'opération simple sans iridectomie autant que possible mais sans forcer les indications, nous ont donné des résultats convenables. Sur deux cent deux opérations nous avons éprouvé deux panophtalmies, ce qui est évidemment trop. Il y a probablement eu une faute d'antisepsie soit de notre part, soit de la part de l'entourage et qui nous a échappé. Peut-on répondre dans une pratique journalière de se montrer impeccable? Et faut-il croire, sur parole, ces statistiques fabuleuses vierges d'infection, qui nous sont parfois présentées? Il vaut mieux, croyons-nous, confesser les faits tels qu'ils sont dans leurs imperfections plus conformes à ce qu'est la nature humaine et de tâcher de mieux faire dans l'avenir.

Opération de la cataracte secondaire. — C'est là vraiment le gros avatar de l'opération de la cataracte, la vraie complication (car c'en est une), plus redoutable que les prolapsus iriens qui guérissent bien, et que la panophtalmie si rare. Nous redoutons les opérations secondaires plus que l'opération primitive; l'infection y est plus fréquente et surtout la cyclite traumatique. L'extraction à la pince de la membranule, sa discission ou sa dilacération de quelque manière que ce soit, n'est pas une manœuvre inoffensive; si l'on ne voit que rarement à la suite le décol-

lement des parties périphériques de la rétine, on ne manque pas de ces réactions irritatives du cercle ciliaire fort désagréables à traiter, longues à guérir, et qui laissent après elles des dépôts exsudatifs, souvent considérables. Pour obvier à tous ces inconvénients, dans la mesure du possible, nous préférons attaquer la membranule avec la pince-ciseaux, et faire une capsulotomie ou une irido-capsulotomie, suivant le cas. De la sorte toute traction sur le corps ciliaire est à peu près évitée.

La terreur de la cataracte secondaire est certainement le seul motif qui nous pousserait à revenir à l'extraction combinée, si l'existence de l'iridectomie n'avait pas d'autres inconvénients dont l'un des pires est l'enclavement capsulaire si redoutable et inconnu dans l'extraction simple.

SUR LES MUSCLES. — Rien à dire, sinon que l'avancement capsulaire combiné à la ténotomie suffit à presque tous les besoins, sinon à tous, et avec une perfection extrême dans la correction obtenue.

SUR LE SINUS FRONTAL. — Nous avons opéré un malade qui présentait un empyème du sinus frontal. Le résultat a été tellement parfait que nous reproduisons ici l'observation complète :

R... P..., âgé de vingt-trois ans, se présente le 17 octobre 1892 à notre consultation de la clinique des Quinze-Vingts. Il se présente à nous pour une petite tumeur, molle, rénitente, de la grosseur d'une petite noix, siégeant à la partie supérieure de l'angle interne de l'orbite, sous l'arcade orbitaire. Cette tumeur est fixe, non pulsatile; la peau qui la recouvre est normale.

Le malade offre au front une certaine voussure de la partie médiane; il se plaint d'avoir depuis quelques mois des douleurs constantes et de plus en plus violentes dans le front; il mouche du muco-pus.

Comme maladies antérieures, il a eu la variole dont il porte des traces très accusées au visage.

Nous diagnostiquons un empyème du sinus frontal ayant abouti à former un accès sous-cutané qui tend à se faire jour par l'orbite. Une incision exploratrice confirme ce diagnostic et l'introduction d'une sonde cannelée nous permet de pénétrer jusqu'au fond des cellules ethmoïdales à travers une perte de substance osseuse très facile à percevoir.

La tumeur orbitaire date de un mois ; les douleurs frontales ont débuté il y a deux mois.

Le diagnostic d'empyème du sinus frontal étant ainsi posé et vérifié, que fallait-il faire ?

Les derniers travaux sur ce sujet (et nous mentionnerons seulement le mémoire de Guillemain paru dans les *Archives d'ophtalmologie* de 1891 et la thèse de Dercheu de 1892, tous deux tirés de la pratique de M. Panas) considèrent que l'empyème du sinus frontal ne peut être traité que de trois façons : par le bourrage antiseptique des cavités des sinus, par le drainage orbitaire, par le drainage opéré par le canal fronto-nasal.

Le bourrage antiseptique des cavités est, paraît-il, susceptible d'occasionner de vives douleurs en donnant lieu à la rétention des matières ; nous ne l'avons pas essayé. Restent les drainages orbitaire et fronto-nasal. Tous deux ont donné des résultats, mais après combien de temps ! Après des mois, annonce Guillemain dans son mémoire, nous n'en sommes pas surpris. Si l'on se souvient que le canal fronto-nasal est d'une étroitesse extrême (2 à 3 millimètres à l'état sec), qu'il aboutit à l'infundibulum de l'ethmoïde, on se demande quel service peut rendre un drain étranglé dans un si petit espace qui comprend 15 millimètres de longueur, et surtout qu'elle irrigation on peut ainsi obtenir d'un sinus encombré de cloisons et d'anfractuosités ? Le drainage orbitaire pour être plus aisé de manœuvre, n'en offre pas moins toutes les difficultés inhérentes à la construction particulière des sinus.

En résumé, il nous apparaît plus facile d'injecter le sinus par un drain qui le maintient en communication constante

avec l'extérieur que de le désinfecter par des irrigations forcément défectueuses.

Et c'est pourquoi, chez notre malade, favorisé il est vrai par cette circonstance qu'il n'existait aucune lésion infectieuse des cavités du voisinage ni du nez, nous avons cherché à éviter le drainage prolongé.

Le 3 novembre, je pratiquai une incision en V dont le sommet correspondait à l'angle supéro-interne de l'orbite, les deux branches du V suivant, l'une le rebord orbitaire supérieur, l'autre le dos du nez. Ce lambeau est ensuite largement décollé, de façon à mettre à nu l'orifice de l'abcès formé dans l'orbite.

Cela fait, j'appliquai à l'angle de réunion du rebord orbitaire supérieur et du dos du nez une couronne de trépan de 1 centim. 1/2 environ de diamètre. La rondelle osseuse, une fois enlevée et la muqueuse ouverte, il s'écoula une cuillerée à café environ d'un pus visqueux et agglutiné qui venait de la partie supérieure du sinus. Une sonde cannelée introduite dans la cavité du sinus, montre qu'il existe une large communication entre les cavités droite et gauche. Le sinus est très dilaté, la sonde cannelée pénètre en haut à une profondeur de 5 ou 6 centimètres.

Pour pratiquer un débridement osseux large et suffisant de l'empyème, je fais, avec une gouge, sauter le pont osseux qui sépare la couronne du trépan de l'orifice de l'abcès orbitaire creusé dans la paroi des cellules ethmoïdales. J'ai ainsi une perte de substance allongée et assez large.

Lavages abondants des cavités au sublimé après que la muqueuse a été légèrement grattée à la cuiller tranchante. Je place dans la cavité du sinus un double drain volumineux, qui sort de la plaie à la partie la plus déclive, au milieu du dos du nez. Le reste de la plaie triangulaire est fermé par des points de suture au crin de Florence. Pansement iodoformé.

Cinq jours après l'opération, première levée du pansement. La réunion de la plaie est complète, les fils sont retirés. Je regarde le drain; aucune goutte de pus de tache

le pansement ; aucune goutte ne sort du tube même, si l'on appuie au niveau de la large perte de substance osseuse. A ce moment, on voit seulement sourdre un peu de sérosité rosée.

Je considère le sinus comme purifié et j'estime qu'il est prudent, pour éviter toute infection de provenance extérieure, de supprimer le drain. Je pratique cependant, par mesure de précaution, une insufflation iodoformée au moyen d'un embout introduit dans l'un des drains, puis je supprime ces derniers entièrement.

En quelques jours, la cicatrisation est complète, et, le 17 novembre, le malade quitte l'hôpital entièrement guéri, n'ayant pas une fois, depuis l'opération, ressenti de douleurs de tête ni mouché de pus, alors que ces symptômes étaient constants auparavant.

En résumé, je crois que lorsque l'empyème du sinus frontal n'est accompagné d'aucune lésion du voisinage, des os ou des cavités voisines, on peut chercher à éviter les lenteurs du drainage, soit orbitaire, soit fronto-nasal surtout ; on peut tenter la désinfection en une seule séance et la réunion immédiate. La permanence d'un drain en pareil cas, nous semble garantir plutôt l'infection que la désinfection.

D^r VALUDE.

RELEVÉ DES OPÉRATIONS

PRATIQUÉES PENDANT L'ANNÉE 1892

Par le docteur KALT

I. Cataractes.

Le nombre des cataractes opérées dans mon service s'élève au chiffre de 177, qui se décompose ainsi :

Cataractes séniles simples.....	163	} 177
— compliquées	9	
— zonulaires.....	2	
— traumatiques.....	3	

Opérations secondaires :

Dissections avec le kystitome.....	3	} 13
Irido-capsulotomies et extractions de capsule	10	

II. Iridectomies.

Iridectomies optiques et préventives.....	50	} 84
Excisions de hernies traumatiques de l'iris	6	
Iridectomies	5	
Iridectomies préparatoires de cataractes.....	23	

III. Glaucomes.

Sclérotomies antérieures	10	} 28
Iridectomies	18	

IV. Strabisme.

Convergent : Ténotomie et avancement capsulaire	8	} 25
— Ténotomie simple	10	
Divergent : Ténotomie et avancement capsulaire.....	6	
— Ténotomie simple	1	

V. Conjonctive.

Ptérygions.....	5	} 12
Tonsures.....	5	
Ptérygoïde	1	
Télangiectasies	1	

VI. Globe oculaire.

Enucléations.....	27	} 3
Exenteration.....	1	
Opérations de Critchett.....	3	

VII. *Affections lacrymales.*

Résections de glande lacrymale accessoire	5
Drainage du sac (procédé de l'auteur)	5
Râclages pour dacryocystites avec ou sans fistule	17
Destruction du sac au thermocautère	4
Excision du sac	1

VIII. *Paupières.*

Blépharoraphies pour exophthalmie	1
— lagophthalmie	1
— ectropion	6
Ectropion :	
Szymanowsky	1
Autoplastie par échange de lambeaux	2
Procédé en pont de Tripiér pour la paupière supérieure	1
Avivement de l'angle interne	8
Entropion :	
Opérations d'Anagnostakis	6
Canthoplasties	3
Division traumatique des paupières, réunion	1
Corps étrangers	1
Epithélioma	1
Trichiasis : { Thermocautère	3
{ Sutures de Gaillard	6
Kyste sébacé	1
Chalazions	15
Autoplastie conjonctivale pour symblépharon	1
Ptosis :	
Procédé de Dransart	1
— de Panas	1
Restauration des paupières par la méthode Italienne	2
Méthode Indienne	2

Soit, au total, 470 opérations de quelque importance. Il n'est pas fait mention des petites opérations fréquemment répétées, telles que paracentèse avec cautérisation cornéenne pour ulcères infectieux, massages conjonctivaux pour granulations, injections sous-conjonctivales de sublimé.

Passons en revue le tableau ci-dessus et voyons les réflexions qu'a suscitées en moi ma pratique pendant l'année 1892.

Pour la cataracte, mon procédé opératoire n'a pas varié, il a été décrit dans les *Bulletins* précédents.

Une section correcte étant certainement la meilleure garantie de réussite, je continue à me servir de l'écarteur et de la pince à fixer. Je suis garanti ainsi contre les mouvements intempestifs des paupières et des muscles droits. Pour la dissection, j'ai pu m'assurer à maintes reprises que la pointe du kystitome permet de déchirer plus largement la capsule que la pointe du couteau. L'égratignure faite à cette capsule avec le couteau suffit, il est vrai, lorsque la capsule a conservé son élasticité. Mais, dans les cataractes régressives avec prolifération de l'épithélium capsulaire, l'écartement des lèvres ne se produit pas et une pression souvent assez forte est nécessaire pour extraire la lentille, d'où le danger d'une issue de corps vitré.

L'argument de simplification instrumentale n'aurait de valeur qu'au point de vue antiseptique. Or, la contamination ne se fait pas, je crois, par les instruments. Elle tient bien plutôt à l'infection conjonctivale. Pour les instruments, l'acide phénique à 3 0/0 est seul employé. Pour la conjonctive, le sublimé à 1/5000 est vraiment excellent. C'est à lui que je dois d'avoir pu faire 177 extractions sans suppuration cette année. Même bonheur, en 1891, sur un chiffre de 152 extractions.

Le chiffre des prolapsus s'est considérablement abaissé cette année : 7 prolapsus sur 117 extractions simples, et encore deux s'expliquent l'un par un choc, l'autre par une grande abondance de masses molles. Une fois s'est produite une hémorrhagie choroïdienne qui a détruit la vision.

Je suis resté un partisan convaincu de l'iridectomie préparatoire. Toutes les fois que le cristallin présente des couches corticales peu opacifiées chez des individus encore jeunes, je fais précéder l'extraction d'une iridectomie. L'intervalle entre les deux opérations me paraît devoir être fixé à deux mois au moins. En lui adjoignant le massage exercé avec la curette à travers la cornée, l'iridectomie préparatoire permet d'extraire, avec un nettoyage très suffisant, des cataractes demi-molles à évolution lente. On

sait combien souvent les extractions de ce genre se compliquent de prolapsus ou d'iritis traînante. Je suis convaincu que le jour où l'on aura trouvé le moyen d'extraire toutes les masses molles, l'opération de la cataracte sénile aura presque atteint la perfection. On sera débarrassé de bon nombre de prolapsus et aussi de ces opérations de cataracte secondaire pour lesquelles j'ai une extrême répugnance. En effet, toute opération secondaire : discission, extraction de capsule, iridocapsulotomie, pratiquée sur un œil qui a passé par une période d'iritis légère après une extraction de cataracte, est une opération qui expose à des accidents graves d'iritis traînante. J'ai vu ces accidents survenir lorsque l'opération secondaire était faite plusieurs mois (quatre à cinq et même plus) après l'extraction. Au contraire, ces accidents sont très rares après les discissions de membranules provenant de cataractes scléreuses et non compliquées d'exsudat irien. Malheureusement, c'est précisément dans ces derniers cas que l'opération secondaire présente le moins d'utilité.

Les opérations secondaires se réduisent, pour moi, à la discission avec le kystitome ou à l'irido-capsulotomie. Toute traction exercée sur une membranule me paraît dangereuse, car on risque de décoller la portion ciliaire de la rétine. Ce décollement peut se compliquer bientôt de phénomènes glaucomateux graves. En voici un exemple : le 4 janvier 1892, j'opérai de cataracte un homme de soixante ans. La cataracte remontait à cinq ans; noyau et capsule étaient fortement réunis. Une tentative d'arrachement de la capsule fit venir le cristallin tout entier. La traction fut très modérée, la perte de corps vitré nulle, et le quatrième jour la plaie était fermée et le résultat opératoire excellent. Vers le 12 janvier, diminution de la vue. Je constate un large décollement rétinien en bas. Le 16, douleurs péri-orbitaires qui deviennent bientôt incessantes; pupille dilatée. T + 2, chambre antérieure profonde. Aucun pincement ni adossement de l'iris. Une sclérotomie; l'ésérine ne donnant rien, je fis l'énucléation. Je pus voir alors un

exsudat jaunâtre au-dessous de la rétine dans la portion plate des procès ciliaires. Cet exsudat avait une forme semi-lunaire et correspondait exactement à la région du globe opposé à la section cornéenne. Pas d'autres altérations à l'examen histologique. Il me semble évident que c'est la traction exercée sur le corps ciliaire qui a produit un décollement rétinien et une irritation ciliaire avec hypersécrétion et glaucome.

Voies lacrymales. — La pratique de l'opération du râclage du sac ne m'a pas donné les bons résultats annoncés par nos confrères. J'ai incisé et râclé dix-sept fois des sacs dilatés laissant échapper, à la pression, du muco-pus ou communiquant avec l'extérieur par une fistule. Ce n'est que tout à fait exceptionnellement que j'ai trouvé des fongosités. Habituellement le sac est simplement élargi, sa paroi est lisse et la curette ne ramène rien. J'ai cautérisé l'intérieur, soit avec le sublimé à 2 0/0, soit avec l'acide phénique au 1/10^e dans la glycérine. Je dois dire que le résultat a été bien souvent médiocre et qu'au bout de trois semaines ou un mois la pression faisait sourdre à nouveau du pus. Voici un exemple :

Homme de trente-huit ans. Dacryocystite ancienne, remontant à trois ans. Abscès il y a un an; l'orifice fistuleux s'est fermé. Actuellement, mucocèle; le pus ne s'échappe pas à la pression. Cathétérisme impossible. Je fais l'incision large du sac en sectionnant le tendon de l'orbiculaire. Après l'écoulement d'un gros flocon de muco-pus, la paroi du sac apparaît lisse, non bourgeonnante. La curette ne ramène rien. Le canal nasal est obstrué. On cautérise énergiquement avec le sublimé à 2 0/0 la cavité, puis on la bourra avec de la gaze. Tous les jours, pendant dix jours, même traitement; puis on laissa la fistule se refermer. Or, un mois après, je pus faire sortir, par le canalicule inférieur, redevenu perméable, un gros flocon de muco-pus. Il ne restait plus qu'à faire la destruction du sac au thermocautère.

Je persiste donc à penser que l'indication première dans

la dacryocystite chronique est de fournir un libre écoulement au pus, de l'enlever très souvent et de permettre à la paroi distendue de revenir peu à peu sur elle-même.

L'expérience a démontré que même dans les cas où le canal nasal laisse passer facilement des sondes de gros calibre les mucosités ne s'écoulent pas et qu'une injection journalière est insuffisante. Logiquement, il faut donc s'adresser à la paroi antérieure du sac. C'est ce que j'ai fait en employant les drains métalliques laissés à demeure (Voir *Bulletin des Quinze-Vingts*, année 1891). Lorsque les malades ont voulu se soumettre aux irrigations fréquentes, le résultat a été très bon et j'ai pu, au bout de trois semaines, enlever le drain. Mais le moyen échoue chez les individus pusillanimes ou assez maladroits pour ne pas arriver à faire eux-mêmes l'irrigation, pourtant si facile à exécuter sans aide.

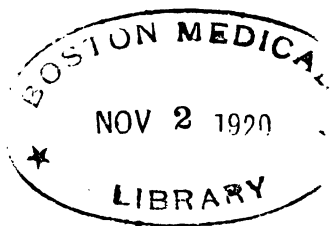
Dans la clientèle d'hôpital le cas est malheureusement très fréquent.

Ectropion. — Il est une variété d'ectropion de la paupière inférieure, consécutive au larmoiement, qui porte surtout sur la moitié interne de cette paupière, l'autre moitié restant au contact du globe. La paupière a considérablement augmenté d'épaisseur par écartement des deux plans : fibro-tarsien et musculo-cutané qui la constituent; la peau, rétractée, présente des plis verticaux disposés en éventail. En cet état, les opérations employées communément ont un minime résultat. Que peuvent deux ou trois anses de Snellen créant de légères traînées cicatricielles contre cette rétraction en masse de la peau? Le raccourcissement de la paupière (Szymanowsky) n'est guère indiqué et ne donne pas grand'chose. La blépharographie incomplète est insuffisante et la difformité se reproduit dès qu'on désunit, même au bout de quatre à cinq mois, les paupières.

L'avivement de la peau du grand angle de l'œil m'a donné plusieurs fois de bons résultats, car il crée une cicatrice puissante qui entraîne en haut et maintient la pau-

pière abaissée. Il suffit d'enlever, avec le bistouri et les ciseaux, la peau fine qui recouvre le tendon de l'orbiculaire; on continue à disséquer au-dessus et au-dessous de ce tendon, de façon à obtenir une surface cruentée égale à peu près à l'ongle du petit doigt. On a soin de ménager, bien entendu, les canalicules lacrymaux. Puis on réunit les bords de la plaie avec des sutures multiples. La cocaïne en injections suffit pour rendre l'opération indolore. L'antisepsie doit être soignée en vue d'une réunion immédiate. La cicatrice n'est pas difforme et l'aspect de la physionomie n'est guère changé. J'ai obtenu ainsi un résultat parfait alors que la suture médiane avait complètement échoué.

D^r KALT.



TRAVAUX DU LABORATOIRE DE LA CLINIQUE

Par le docteur DUBIEF

Pendant l'année 1892, les travaux du laboratoire de la clinique ont été divisés comme précédemment en deux parties : les travaux de recherches originales et les travaux courants nécessités par les besoins de la clinique journalière.

Analyse des urines. — Il a été fait en 1892, 38 analyses d'urines pour les médecins de la Clinique; en outre, 8 analyses ont été demandées par les médecins de l'hospice, pour des malades traités à l'infirmerie. C'est principalement la recherche du sucre qui est demandée; cette recherche est aujourd'hui grandement facilitée par l'achat d'un saccharimètre Laurent qui rend les plus grands services pour le dosage rapide et précis du sucre dans les urines.

Examens histologiques. — La plupart des examens histologiques portent sur des fragments de tissus supposés malades, ou de tumeurs, dans le but de déterminer la nature de la maladie et d'amener à une opération plus radicale. Ordinairement après un examen rapide, le diagnostic est établi et les pièces ne sont pas conservées, sauf celles qui présentent un intérêt spécial.

Globes énucléés. — Il a été porté en 1892 au laboratoire 42 globes énucléés, quelques-uns ont subi un examen immédiat, la plupart ont été placés dans le liquide de Müller pour être conservés dans la précieuse collection du laboratoire qui va s'enrichissant chaque année de nouveaux trésors.

Le laboratoire de bactériologie a été souvent utilisé;

mais l'espace un peu exigü qui lui a été jusqu'ici réservé limite un peu l'importance des recherches. Cet état de choses va d'ailleurs se modifier en 1893. La création d'un pavillon d'isolement pour les contagieux va donner une importance particulière aux recherches bactériologiques. Grâce à l'aimable complaisance et au dévouement éclairé de M. Péphau, directeur des Quinze-Vingts, la clinique ophtalmologique va être dotée d'un laboratoire de bactériologie digne d'elle; rien ne sera négligé pour que l'installation soit confortable et commode. Il y aura là un atelier de travail muni des derniers perfectionnements, et qui par conséquent, pourra rendre les plus grands services.

Lésions anatomiques dans le glaucome hémorrhagique.

— Ces recherches ont été faites en commun avec le docteur Valude, médecin de la Clinique (1); elles constituent l'analyse de 4 cas de glaucome hémorrhagique dont les yeux ont été énucléés à la Clinique.

Deux lésions ont principalement attiré notre attention : les dégénérescences vasculaires et l'état vacuolaire de la rétine.

La dégénérescence vasculaire atteint principalement les artérioles de la rétine; les rameaux de l'iris et de la choroïde sont en général beaucoup moins malades; ce n'est pas une dégénérescence athéromateuse ou calcaire, mais bien une sorte de dégénérescence hyaline, la paroi du vaisseau étant comme vitrifiée. La paroi du vaisseau est énormément épaissie et en même temps sa consistance est très diminuée; c'est là, sans doute, la lésion primordiale du glaucome hémorrhagique, celle qui tient sous sa dépendance à la fois les hémorrhagies et les accidents glaucomeux.

Les vacuoles rétiniennees sont de toutes dimensions, quelques-unes très grosses atteignent 4 et 5 fois l'épaisseur de la rétine; ce sont comme de grosses boules qui

(1) Communiqué au Congrès de Heidelberg, 1893.

ont dissocié le tissu rétinien en le refoulant de tous côtés, elles ne contiennent pas d'exsudat bien caractérisé; elles renferment quelquefois un peu de fibrine ou sont vides; on les trouve irrégulièrement réparties dans toutes les parties de la rétine, mais abondantes surtout au voisinage de la macula.

Ces vacuoles constituent une lésion dégénérative, qui n'est que la conséquence de l'altération hyaline des vaisseaux rétiniens; elle est analogue aux vacuoles rencontrées habituellement dans les cerveaux de vieillards athéromateux, où elles relèvent également de lésions vasculaires banales. Elles sont semblables aux vacuoles décrites par Ivanoff dans les parties périphériques de la rétine des vieillards.

Technique pour l'examen histologique du globe oculaire.

— Il m'a semblé utile de donner ici la technique que j'ai adoptée au laboratoire de la Clinique des Quinze-Vingts pour l'examen des globes oculaires dans leur totalité.

Le procédé technique le plus généralement adopté d'ordinaire est l'inclusion dans la celloïdine, et il répond en effet dans la pratique à des indications bien déterminées; mais il a quelques inconvénients. Tout d'abord la celloïdine se dissout dans l'alcool absolu, ce qui ne permet pas une déshydratation complète de la coupe; d'autre part, la celloïdine est également soluble dans la créosote et dans l'essence de girofle, ce qui oblige à avoir recours pour l'éclaircissement des préparations soit à l'essence de bergamote dont l'action est incomplète et excessivement lente, soit l'essence d'origan, qu'il est presque impossible de se procurer dans un état suffisant de pureté. L'usage de la benzine bien pure remédie en partie à ces inconvénients.

Pour supprimer l'usage de tous ces corps j'ai pensé d'abord à me servir de l'aniline pure qui permet d'éclaircir une coupe incomplètement déshydratée par l'alcool à 90°; on obtient ainsi un éclaircissement très suffisant et assez rapide; mais l'emploi de l'aniline présente lui-même quelques défauts. Il faut en effet, avant d'inclure la coupe dans

le baume du Canada, enlever avec le plus grand soin toute trace d'aniline par des lavages répétés au xylol, sous peine de voir la préparation brunir au bout de quelques semaines. De plus, le xylol ratatine la celloïdine, de sorte que les bords de la coupe se frisent et godent ce qui est un obstacle pour l'achèvement définitif de la préparation où il se forme souvent des plis. J'ai donc renoncé à ce procédé.

La celloïdine a encore un autre inconvénient; elle se colore par certaines teintures d'hématoxyline, et par plusieurs couleurs d'aniline; c'est là un grand obstacle, surtout pour la recherche des microorganismes, dont la coloration se trouve souvent masquée par celle du substratum.

J'ai pensé, qu'en présence de ces difficultés d'exécution, il fallait renoncer à l'emploi de la celloïdine, tout en reconnaissant cependant les grands services que cette substance peut rendre pour l'étude histologique du globe de l'œil. J'ai tenté d'appliquer à l'œil les procédés usités en histologie naturelle, et le procédé d'inclusion dans la paraffine m'a donné des résultats excellents; c'est la pratique de ce procédé, tel que je l'emploie, que je vais maintenant exposer.

Le globe oculaire, aussi frais que possible, c'est-à-dire immédiatement après son énucléation, est placé dans le liquide suivant, qui n'est autre que la solution de Flemming légèrement modifiée :

Acide chromique	1 gramme.
Acide osmique	0 gr. 05 centigr.
Acide acétique	4 grammes.
Eau distillée	400 —

Cette solution donne une fixation parfaite, avec conservation des structures les plus délicates. Elle permet, en outre, la coloration assez facile du bacille de la tuberculose, si la pièce n'a pas séjourné trop longtemps dans le réactif. Pour faciliter la pénétration du réactif à l'intérieur du globe, je fais une petite incision à la sclérotique, en un point toujours le même qui sert de point de repère. Cette

petite incision est faite au pôle supérieur si tout l'œil est destiné à être débité en coupes; au niveau de la partie interne du globe, si la moitié doit être conservée pour le musée ou pour une autre étude.

Le globe est laissé de trente-six à quarante-huit heures au plus dans le réactif, après quoi il est lavé à l'eau courante pendant quatre jours. Ce temps de lavage est nécessaire pour débarrasser complètement la pièce des acides osmique et chromique. Au sortir de l'eau de lavage, le globe est placé dans l'alcool; il importe de ne pas le placer d'emblée dans l'alcool fort. Je place d'abord la pièce dans l'alcool à 50 0/0 où elle passe la nuit, le lendemain elle est mise pendant quelques heures dans l'alcool à 70°, puis ensuite dans l'alcool à 90° (vingt-quatre heures). Au bout de ce temps, l'œil est préparé pour l'inclusion définitive, c'est-à-dire coupé en deux horizontalement si je veux en conserver la moitié, la coupe passant par le milieu du nerf optique, une seule moitié devant subir les manipulations ultérieures. Si, au contraire, je veux couper tout l'œil, j'enlève une rondelle de 1 centimètre de diamètre du pôle supérieur, une rondelle de même grandeur au pôle inférieur avec un rasoir.

La pièce à inclure est ensuite placée dans l'alcool absolu pendant vingt-quatre heures; puis pendant six heures dans l'éther qu'on change une fois. Au sortir de l'éther, la pièce est portée dans un bain de paraffine fondant à 42°, dissoute dans l'éther et placée à l'étuve à 38°. Ce bain doit être très chargé en paraffine et ne contenir que la quantité d'éther strictement nécessaire pour amener la fusion de la paraffine à la température de 38° (volumes égaux de paraffine et d'éther sont des quantités normales). Après une nuit dans ce mélange, la pièce est en grande partie pénétrée par la paraffine. Ce procédé permet d'éviter un séjour prolongé dans le bain de paraffine pure fondue, qui durcit la sclérotique et en rend la coupe laborieuse.

Au sortir du bain d'éther paraffiné, je place la pièce dans un bain de paraffine pure fondue à 42°, dans un flacon à

paroi résistante, maintenu au bain-marie à cette température; puis, avec la trompe à eau, je fais le vide dans le flacon; en quelques instants, la presque totalité de l'éther a été chassé et remplacé par la paraffine pure. Cette petite manœuvre constitue la partie délicate de l'opération et elle exige un peu d'habitude pour être réussie: elle donne d'excellents résultats quand elle est bien employée, et elle évite surtout le long séjour dans la paraffine fondue qui ratatine et durcit trop les pièces.

Il ne reste plus qu'à inclure la pièce ainsi pénétrée dans un bloc de paraffine, ce qui se fait par les procédés ordinaires, puis à faire les coupes.

Tous les microtomes à paraffine ne peuvent pas servir pour couper les globes oculaires ainsi inclus; il faut un instrument qui fasse des sections planes; c'est dire que le microtome dit *Rocking* ne peut être toujours employé. Je me sers, au laboratoire des Quinze-Vingts, d'un microtome qui a été construit spécialement pour moi par M. Galante, fabricant d'instruments de chirurgie, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris. Cet instrument, d'une remarquable stabilité, a le précieux avantage de pouvoir servir à couper des pièces soit dans la paraffine, soit dans la celloïdine, et, avec les deux méthodes, il donne des résultats également bons.

Les coupes dans la paraffine ont l'inconvénient de s'enrouler; mais il ne faut pas s'en inquiéter, et, avec le procédé que j'indique ci-dessous, cet inconvénient est minime, les coupes se déroulant avec une grande facilité.

Une fois les coupes faites, il faut les monter sur un porte-objet et les dérouler si elles ne sont déjà planes. On y arrive par le procédé suivant:

On commence par préparer de l'eau albumineuse phéniquée (l'acide phénique n'a pour but que d'empêcher la putréfaction de l'eau albuminée). Pour ce faire, on met un blanc d'œuf dans 200 grammes d'eau distillée et on agite fortement pour faire un mélange bien intime. On ajoute ensuite une solution phéniquée forte jusqu'à ce que le li-

quide devienne un peu louche. Il faut s'arrêter à ce point, car, au delà, on aurait une coagulation de l'albumine.

On commence par mettre une forte goutte d'eau albumineuse sur une lame porte-objet bien propre; puis, avec une pince fine, on porte une des coupes sur cette goutte. Ensuite, avec les plus grandes précautions, on porte la lame au-dessus d'une petite flamme en chauffant à peine; car, pour la réussite de l'opération, il faut à tout prix éviter le ramollissement et la fusion de la paraffine. Sous l'influence de cette douce chaleur, on voit la coupe se dérouler petit à petit et s'étaler de plus en plus. Si le déroulement était laborieux, on pourrait l'aider avec une aiguille fine; le plus souvent, l'opération se fait très facilement. Une fois la coupe étalée, on enlève avec un papier buvard l'excès d'eau albumineuse et l'on chauffe un peu plus fortement, jusqu'au moment où on voit la paraffine commencer à s'éclaircir; on pose alors brusquement la lame sur un corps froid et, instantanément, la paraffine redevient opaque. On abandonne ensuite la coupe ainsi collée jusqu'au lendemain; l'eau albumineuse sèche et, grâce à l'albumine restée seule, les diverses parties de la coupe restent adhérentes à la lame de verre. Si on n'a pas le temps le lendemain d'effectuer les colorations, les coupes peuvent être gardées plusieurs jours dans cet état sans se détériorer; c'est encore là un avantage appréciable de ce procédé, qui permet de faire à la fois un grand nombre de coupes qu'on étudie ensuite successivement.

Une fois la pièce adhérente au verre, il n'y a plus qu'à enlever la paraffine et à effectuer la coloration. Le meilleur réactif pour enlever la paraffine est le xylol: on en verse quelques gouttes sur la préparation qu'on renouvelle plusieurs fois de suite, puis, lorsqu'on juge la paraffine bien enlevée, on laisse égoutter et l'on souffle avec la bouche pour activer l'évaporation du xylol. Le souffle buccal a pour avantage d'empêcher la dessiccation des tissus après le départ du xylol; il donne le temps de porter les réactifs colorants sur la lame; on peut aussi enlever le xylol avec

un peu d'alcool absolu qu'on enlève lui-même avec un peu d'eau.

L'albumine desséchée qui maintient la coupe adhérente au verre occupe une place si minime que c'est à peine si on peut l'apercevoir, et, d'autre part, elle se colore à peine par les réactifs, de sorte qu'elle peut être absolument négligée.

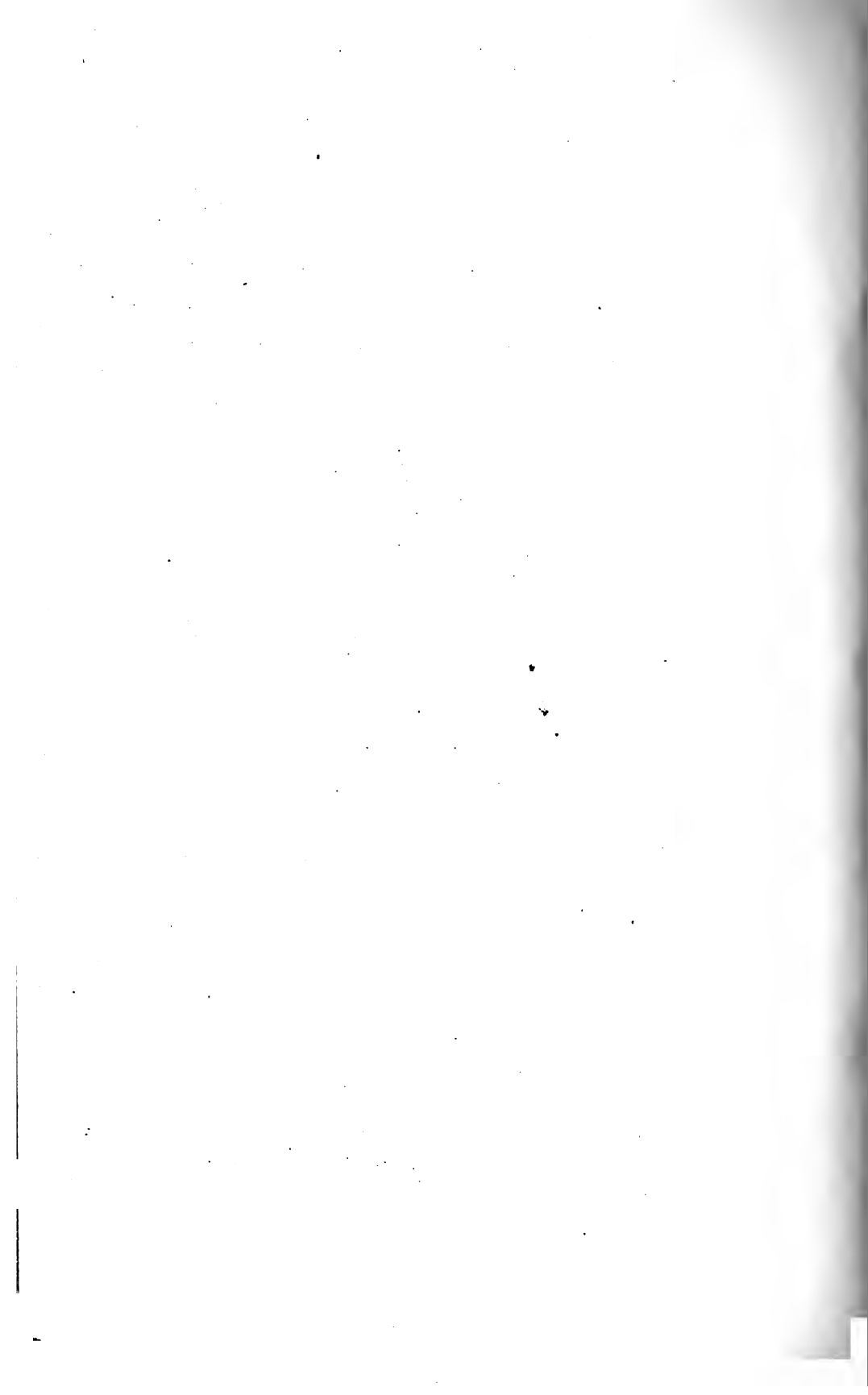
La coupe est ensuite colorée et montée par les procédés habituels.

D^r H. DUBIEF.

TABLE DES MATIÈRES

Préface, par le docteur Trousseau	3
Etats et tableaux	7, 8, 9, 10, 11, 12
Statistique des opérations pratiquées par le docteur Trousseau	15
Statistique des opérations pratiquées par le docteur Chevallereau	21
Statistique des opérations pratiquées par le docteur Valude.....	32
Relevé des opérations pratiquées pendant l'année 1892 par le docteur Kalt.	44
Travaux du Laboratoire de la Clinique par le docteur Dubief.....	51





LETIN

DE LA

CLINIQUE NATIONALE OPHTHALMOLOGIQUE

DE

L'HOSPICE DES QUINZE-VINGTS

PAR

**Les Docteurs A. TROUSSEAU, A. CHEVALLEREAU
VALUDE, KALT**

ET

Le Docteur DUBIEF

Chargé du service du Laboratoire.

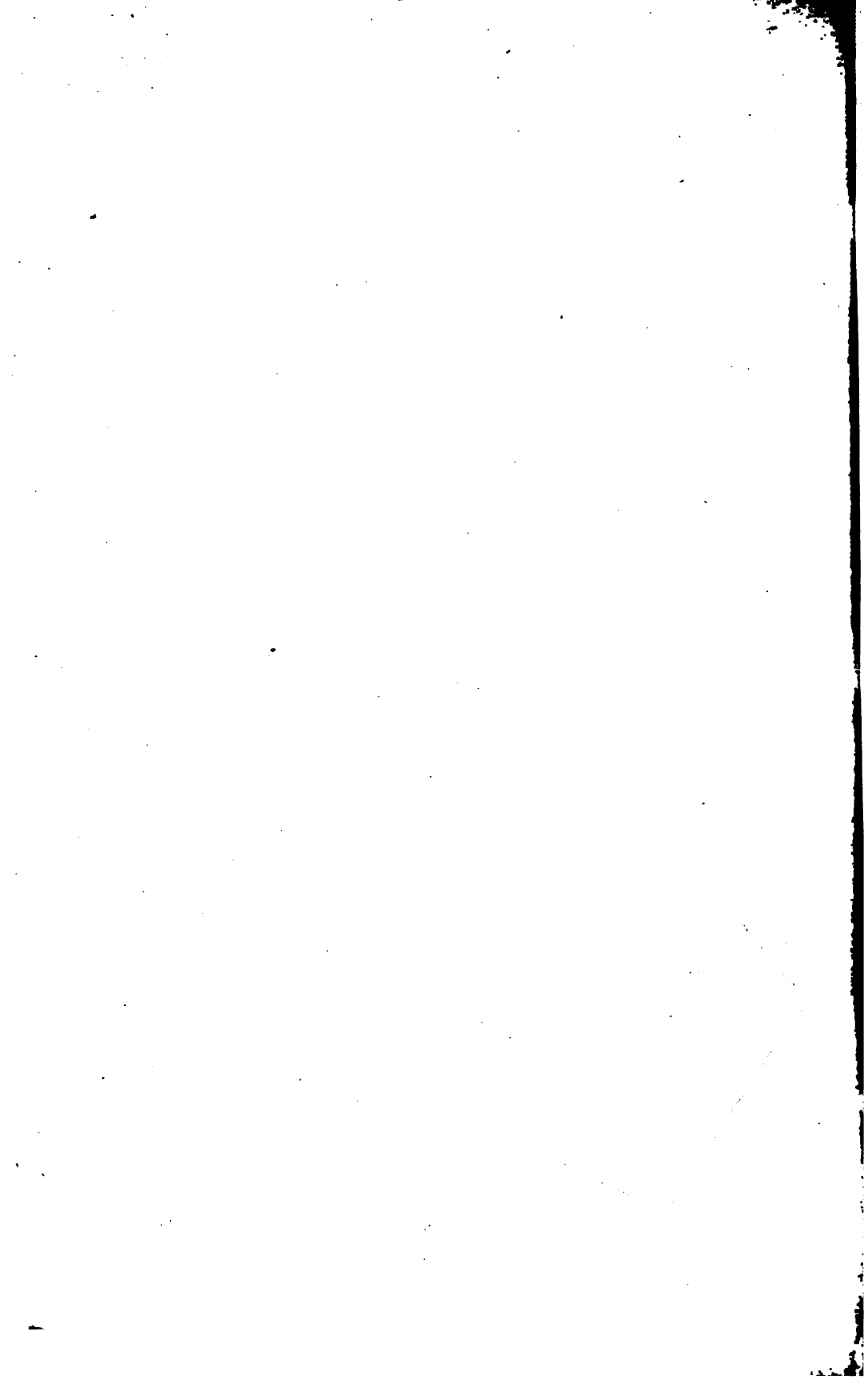
ANNÉE 1893

PARIS

IMPRIMERIE DE LA SEMAINE MÉDICALE

31, rue Croix-des-Petits-Champs, 31.

1894



BULLETIN
DE LA
CLINIQUE NATIONALE OPHTHALMOLOGIQUE
DE
L'HOSPICE DES QUINZE-VINGTS

BULLETIN

DE LA

CLINIQUE NATIONALE OPHTHALMOLOGIQUE

DE

L'HOSPICE DES QUINZE-VINGTS

PAR

**Les Docteurs A. TROUSSEAU, A. CHEVALLEREAU
VALUDE, KALT**

ET

Le Docteur DUBIEF

Chargé du service du Laboratoire.

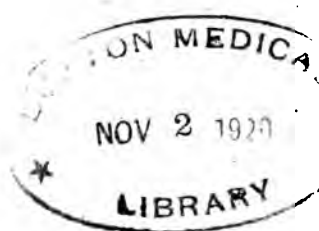
ANNÉE 1893

PARIS

IMPRIMERIE DE LA SEMAINE MÉDICALE

31, rue Croix-des-Petits-Champs, 31.

—
1894



BULLETIN
DE LA
CLINIQUE NATIONALE OPHTHALMOLOGIQUE
DE L'HOSPICE DES QUINZE-VINGTS

LA CLINIQUE NATIONALE EN 1893

Le principal évènement qui se soit passé cette année à la Clinique est l'inauguration d'un pavillon d'isolement destiné à recevoir les malades atteints de conjonctivites granuleuses ou d'affections purulentes, surtout d'ophtalmie purulente des nouveau-nés, malades pour qui l'hospitalisation est généralement nécessaire et que, à notre grand regret, nous ne pouvions jusqu'ici recevoir dans nos salles, strictement réservées aux opérés ou à quelques malades non contagieux.

Le service de ce pavillon est réparti entre les quatre médecins de la Clinique qui en sont chargés à tour de rôle pendant un trimestre. Mon collègue Trousseau, qui, le premier, a été chargé de ce service, consacre ci-après une note au fonctionnement de ce pavillon.

L'inauguration a eu lieu le jeudi 28 décembre, sous la présidence de M. Raynal, ministre de l'intérieur, assisté de M. H. Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques et de M. Mazeau, sénateur, premier président de la cour de cassation qui, remplaçant M. Spuller, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, empêché, remettait ce pavillon à l'Etat au nom de « la Société d'assistance pour les aveugles » qui l'a édifié.

Il m'est particulièrement agréable de rappeler qu'à cette occasion M. le ministre de l'intérieur a remis à notre collègue Trousseau la croix de la Légion d'honneur, distinction dont se sont trouvés honorés et heureux tous les médecins de la Clinique.

Depuis la mort de Fieuzal, la Clinique était dirigée par deux médecins titulaires et deux médecins adjoints, ces

derniers remplissant d'ailleurs exactement les mêmes fonctions que les titulaires. Il eut été sans doute un peu long de leur faire attendre le grade de titulaire jusqu'au départ de MM. Trousseau ou Chevallereau; aussi, sur leur demande très motivée et vivement appuyée par nous, MM. Valude et Kalt ont été nommés médecins titulaires de la Clinique et ont pris rang à partir du 1^{er} janvier 1894. Les quatre médecins de la Clinique ont donc dorénavant le même titre, comme ils avaient déjà les mêmes fonctions.

Les tableaux suivants, dressés par l'administration, montrent le mouvement des malades pendant cette année. Le nombre des nouveaux a été de 16,002, soit 729 de plus qu'en 1892. D'autre part, le nombre des consultations a baissé de 1,519. Le nombre des consultations diminuera probablement cette année encore par le fait de l'hospitalisation au pavillon d'isolement d'un certain nombre de malades qui, auparavant, étaient obligés de faire à la consultation des apparitions fréquentes. Cependant la moyenne journalière du nombre des malades venant à la consultation est encore de 147.71. Quant au nombre moyen des malades nouveaux il a été de 48.22 pour les services fonctionnant les mardi, jeudi et samedi; de 57.16 pour les services fonctionnant les lundi, mercredi et vendredi.

Le nombre total des malades nouveaux depuis la création de la Clinique s'élève à 147,297, ayant reçu en tout 547,987 consultations.

Le nombre des opérés a été moins considérable cette année que l'année précédente, comme on en jugera par les statistiques publiées ci-après; il a été de 1,568, inférieur de 235 à ce qu'il avait été en 1892.

Les médecins de la Clinique ont à cœur de faire aller parallèlement les intérêts des malades et les intérêts de l'enseignement qui, d'ailleurs, sont absolument similaires. Les élèves comme les malades ont tenu compte de ces efforts et nous avons la satisfaction de constater l'état de plus en plus florissant de la Clinique Nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts.

A. CHEVALLEREAU.

ETAT indiquant par mois et par trimestre le mouvement des malades externes traités à la Clinique Nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts en 1893.

MOIS	Nombre de jours de consulta- tions.	Malades nouveaux. 1893	Malades anciens. 1893	Totaux par mois. 1893	Totaux par trimestre. 1893
Janvier.....	26	1.068	2.161	3.229	10.784
Février.....	23	1.224	2.322	3.546	
Mars.....	27	1.412	2.597	4.009	
Avril.....	24	1.298	2.289	3.587	
Mai.....	25	1.515	2.784	4.299	12.224
Juin.....	26	1.475	2.863	4.338	
Juillet.....	25	1.456	2.240	3.696	
Août.....	26	1.427	2.471	3.898	
Septembre.....	26	1.378	2.226	3.604	11.198
Octobre.....	26	1.353	2.347	3.700	
Novembre.....	25	1.246	2.317	3.563	
Décembre.....	25	1.150	2.286	3.436	
Totaux.....	304	16.002	28.903	44.905	44.905
En 1892, le nombre des nouveaux avait été de.		15.273			
Différence en faveur de 1893		729			
Le nombre des anciens avait été de...			31.151		
Différence en faveur de 1892.....			2.248		

STATISTIQUE DES MALADES HOSPITALISÉS ET OPÉRÉS A LA CLINIQUE NATIONALE

DÉPARTEMENTS	NOMBRE DE MALADES ADMIS				TOTAL	DÉPARTEMENTS	NOMBRE DE MALADES ADMIS				TOTAL
	1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre	4 ^e trimestre			1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre	4 ^e trimestre	
						<i>Report.....</i>	77	102	82	79	337
Aisne.....	6	10	5	2	23	Lot-et-Garonne ...	1	»	»	»	1
Allier.....	8	6	12	10	36	Lozère.....	4	3	2	4	13
Ardennes.....	»	2	1	»	3	Maine-et-Loire....	1	1	»	»	2
Aube.....	1	19	12	12	44	Manche.....	4	2	2	1	9
Aveyron.....	1	»	»	»	1	Marne.....	7	5	2	6	20
Calvados.....	1	»	2	»	3	Marne (Haute-)....	2	5	2	2	11
Cantal.....	2	4	1	3	10	Mayenne.....	2	3	1	»	6
Charente.....	»	»	1	»	1	Meurthe-et-Moselle	»	2	»	»	2
Cher.....	4	5	4	6	19	Meuse.....	2	5	1	2	10
Corrèze.....	6	6	2	8	22	Morbihan.....	4	7	3	2	16
Côte-d'Or.....	1	2	3	2	8	Nièvre.....	11	8	5	7	31
Côtes-du-Nord ...	5	»	2	3	10	Nord.....	»	2	4	»	6
Creuse.....	1	11	4	2	18	Oise.....	15	13	9	11	48
Dordogne.....	»	»	2	1	3	Orne.....	6	10	11	13	40
Doubs.....	»	»	1	»	1	Pas-de-Calais.....	2	1	1	1	5
Eure.....	6	4	4	8	22	Puy-de-Dôme.....	»	1	»	»	1
Eure-et-Loir.....	11	12	4	7	34	Pyrénées (Hautes-)	»	»	1	1	2
Finistère.....	3	4	1	1	9	Saône (Haute-)....	»	4	3	2	9
Gard.....	2	»	1	»	3	Saône-et-Loire....	1	»	2	»	3
Hérault.....	»	»	1	»	1	Sarthe.....	1	»	3	7	11
Ille-et-Vilaine....	»	3	3	»	6	Savoie.....	»	»	1	»	1
Indre.....	5	1	3	1	10	Seine.....	192	194	142	223	751
Jura.....	»	4	2	1	7	Seine-Inférieure...	2	»	»	»	2
Loir-et-Cher.....	2	2	5	2	11	Seine-et-Marne...	15	27	9	22	73
Loire-Inférieure...	»	»	»	1	1	Seine-et-Oise.....	29	15	20	17	81
Loiret.....	6	6	4	3	19	Sèvres (Deux-)....	1	2	2	1	6
Lot.....	3	1	2	6	12	Somme.....	5	2	»	2	9
<i>A reporter.....</i>	77	102	82	79	337	<i>A reporter.....</i>	394	414	288	403	1508

OPHTHALMOLOGIQUE EN 1893

DÉPARTEMENTS	NOMBRE DE MALADES ADMIS				TOTAL
	1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre	4 ^e trimestre	
Report.....	394	414	288	403	1508
Tarn	1	»	»	»	1
Territ. de Belfort.	»	»	2	»	2
Var	1	»	»	»	1
Vendée.....	»	»	»	1	1
Vienne.....	3	3	2	3	11
Vienne (Haute)...	»	»	»	1	1
Vosges.....	1	»	»	»	1
Yonne.....	13	10	6	12	41
Algérie { Alger.....	»	2	»	»	2
Oran.....	»	1	»	»	1
TOTAUX....	400	430	318	420	1568

Résumé de l'année.

Départements	64
Malades internes	1.568
Journées	18.724
Moyenne individuelle :	11 jours 94/100.

MALADES EXTERNES

AYANT REÇU DES SOINS A LA CLINIQUE
NATIONALE EN 1893

1^{er} Trimestre.

Malades.	{ Nouveaux. 3.704 }	10.784
	{ Anciens... 7.080 }	
Moyenne journalière des consultations :		
141 89/100		

2^e Trimestre.

Malades.	{ Nouveaux. 4.288 }	12.224
	{ Anciens... 7.936 }	
Moyenne journalière des consultations :		
162 98/100		

3^e Trimestre.

Malades.	{ Nouveaux. 4.261 }	11.198
	{ Anciens... 6.937 }	
Moyenne journalière des consultations :		
145 43/100		

4^e Trimestre.

Malades.	{ Nouveaux. 3.749 }	10.699
	{ Anciens.. 6.950 }	
Moyenne journalière des consultations :		
140 77/100		

STATISTIQUE GÉNÉRALE DE LA CLINIQUE NATIONALE POUR L'ANNÉE 1893

1° Clinique interne.

Opérés hospitalisés.... Le nombre des malades admis à la Clinique Nationale dans le cours de l'année 1893 a été de 1,568, se divisant comme il suit :

Hommes.....	784
Femmes.....	626
Enfants.....	158

Total égal..... 1.568

Nombre de journées.. Le nombre des journées de présence ayant été, jusqu'au 31 décembre, de 18,724, la moyenne de présence s'élève donc à 11 jours 94/100.

Moyenne de séjour... Moyenne de départements de consultations..... Le nombre des départements ayant envoyé des malades se faire opérer à la Clinique s'élève, pour l'année 1893, à 64.

2° Clinique externe.

Nombre de malades.. Le nombre des malades qui se sont présentés à la consultation pendant l'année 1893 s'élève à 44,905, se divisant comme il suit :

Malades {	nouveaux. 16.002	} 44.905
	anciens... 28.903	

Nombre de jours de consultations..... Le nombre de jours de consultations s'élève pour l'année 1893 à 304, ce qui constitue une moyenne journalière de 147 71/100 malades.

Malades nouveaux.... Les malades nouveaux de l'année 1893 doivent être répartis de la manière suivante :

Service Trousseau, 7,427 pour 154 jours de consultations, soit une moyenne journalière de 48 22/100 malades.

Service Chevallereau, 8,575 pour 150 jours de consultations, soit une moyenne journalière de 57 16/100 malades.

Comparaison avec l'année 1892..... Dans l'année 1892, le nombre des malades nouveaux avait été de 15,273; il y a donc en faveur de l'année 1893, une différence de 729 malades nouveaux.

1^o Clinique interne

STATISTIQUE DES MALADES HOSPITALISÉS

A LA CLINIQUE NATIONALE

Depuis sa fondation jusqu'au 31 décembre 1893.

CATÉGORIES des MALADES	ANNÉES				TOTAUX GÉNÉRAUX
	1881 à 1890	1891	1892	1893	
Hommes.....	5.224	912	909	784	7.829
Femmes.....	3.736	643	729	626	5.734
Enfants.....	729	139	165	158	1.191
Totaux.....	9.689	1.694	1.803	1.568	14.754

Le nombre des journées de traitement pour les malades ci-dessus s'est élevé à 158,077, ce qui constitue une moyenne de 10 71/100.

Au 31 décembre 1893, tous les départements de la France ont envoyé des malades à la Clinique Nationale. Il en est venu également des Antilles, de la Réunion, de la Cochinchine, de la Tunisie et de la République Argentine.

2° Clinique externe

STATISTIQUE DES MALADES NON HOSPITALISÉS

TRAITÉS A LA CLINIQUE NATIONALE

Depuis sa fondation jusqu'au 31 décembre 1893.

ANNÉES	CONSULTANTS	CONSULTATIONS	OBSERVATIONS
1881 à 1890..	101.354	409.596	
1891.	14.668	47.062	
1892.	15.273	46.424	
1893.	16.002	44.905	
Totaux...	147.297	547.987	

LE NOUVEAU PAVILLON D'ISOLEMENT

DE LA CLINIQUE NATIONALE DES QUINZE-VINGTS

Par le docteur A. TROUSSEAU

La Clinique des Quinze-Vingts qui, jusqu'ici, a rendu de si importants services en hospitalisant les malades susceptibles de recouvrer la vue au moyen d'une opération, est dorénavant en mesure de recevoir dans de nouvelles salles, groupées sous le nom de *Pavillon d'isolement*, une classe non moins intéressante de patients atteints d'affections infectieuses ou contagieuses des yeux, aiguës et chroniques. La nécessité d'une semblable création s'imposait depuis longtemps. En effet, malgré les soins assidus donnés à la consultation externe, beaucoup de sujets étaient dans l'impossibilité, par suite d'absence de moyens pécuniaires ou de négligence, de compléter efficacement le traitement à domicile. Leur séjour dans la famille, dans les garnis ou dans les ateliers constitue, d'autre part, un très grand danger, puisqu'il aide à répandre le mal qu'on combat chez l'individu isolé. Le nouveau service ne répond évidemment pas à tous les besoins, mais à tout il faut un commencement, et l'étude de son fonctionnement permettra de constater s'il y a intérêt à développer des œuvres analogues.

Le pavillon a ouvert ses portes tardivement dans l'année 1893, et, comme chacun des médecins de la Clinique doit en prendre la direction pendant trois mois consécutifs et que personnellement j'en suis chargé pendant les mois d'octobre, novembre et décembre, je n'y ai passé en réalité que sept semaines comme chef de service, le premier malade étant entré le 6 novembre. Malgré mon court séjour au pavillon, il ne m'a pas paru inutile de consigner les résultats obtenus. On verra que ceux-ci sont fort encourageants; ils ne pourront qu'être perfectionnés par la suite.

Du 6 novembre à la fin de décembre, 40 personnes ont trouvé asile dans le pavillon, soit :

14 hommes;
10 femmes;
9 enfants;
7 nouveau-nés.

Les affections suivantes ont été traitées :

22 conjonctivites granuleuses;
14 — purulentes;
2 ulcères infectieux de la cornée;
1 dacryocystite;
1 panophtalmie traumatique.

Voyons maintenant les résultats par services :

Hommes.

7 conjonctivites granuleuses graves.....	6 améliorées, 1 stationnaire.
1 conjonctivite granuleuse moyenne.....	1 améliorée.
1 non classé, le malade entré le 28 décembre.	
1 ophtalmie purulente.....	1 guérie.
1 — blennorrhagique.....	1 guérie avec taies permettant une iridectomie utile.
1 panophtalmie traumatique.....	1 énucléé.
2 ulcères infectieux de la cornée.....	2 guéris avec taies permettant l'iridectomie.

Les granuleux reçus dans le service appartenaient à la classe la plus pauvre de la population parisienne et n'avaient été que peu ou pas traités. Tous, sauf un, présentaient des lésions cornéennes sérieuses. Ils ont largement bénéficié de l'hospitalisation, car les améliorations ont été très rapides, les cornées s'éclaircissant très vite, les phénomènes inflammatoires disparaissant en quelques jours; malheureusement, après cette brillante amélioration, les choses restaient en l'état et je n'avançais plus que lentement. J'ai pu néanmoins guérir absolument un malade atteint, il est vrai, d'une forme aiguë. Les lavages et frottages au sublimé, les cautérisations au glycérolé de cuivre ont été surtout employés. J'ai fait deux brossages avec scarification, mais je n'ai pu faire disparaître tous les néo-produits.

J'ai recherché quels avaient pu être les modes de contagion et j'avoue que mon enquête n'a pas abouti. Je n'ai trouvé que deux fois la contagion directe (famille de granuleux), même en comprenant dans mes observations les femmes et les enfants des autres services. Il est certain que la conjonctivite granuleuse est relativement peu contagieuse et que, à ce point de vue, elle n'est pas comparable à la conjonctivite catarrhale ou à la conjonctivite purulente. Je n'ai, du reste, observé aucun cas de contagion intérieure.

Si les deux sujets atteints d'ophtalmie purulente n'avaient été soignés qu'à une consultation externe, ils eussent certainement perdu les yeux, alors que le blennorrhagique, le plus éprouvé, est sorti avec seulement des taies de la cornée qui permettront de faire de bonnes iridectomies optiques. Je n'hésite pas à déclarer qu'il est impossible de soigner chez eux des malades pauvres atteints d'ophtalmies purulentes graves. Pour guérir ces sujets, il faut des lavages et des cautérisations répétés et surtout une surveillance de tous les instants. Soigner une ophtalmie blennorrhagique à la consultation externe d'un hôpital, c'est exposer presque infailliblement le malade à la cécité. J'en dirais presque autant des ulcères infectieux de la cornée avec dacryocystite, qui doivent la guérison à la nouvelle création.

Femmes.

7 conjonctivites granuleuses.....	2 guéries, 4 améliorées, 1 stationnaire.
2 — moyennes.....	1 guérie, 1 améliorée.
1 dacryocystite	1 —

La proportion de conjonctivites granuleuses guéries est supérieure chez les femmes à ce qu'elle est chez les hommes. Ceci tient à ce que les premières viennent réclamer des soins pour des états moins sérieux que les seconds. La femme s'arrête plus tôt, s'inquiète plus tôt que l'homme; elle est aussi moins tenue par ses travaux. Aussi ai-je observé des cas moins sérieux dans le service des femmes et ai-je eu des succès plus faciles.

J'ai employé ici, comme chez les hommes, presque tous les modes connus de traitement des granulations et je n'oserais dire celui auquel je donne la préférence; il y a là pour le médecin une vraie question de tact, de doigté. Il faut savoir abandonner à temps un traitement pour lui en substituer un autre qui peut-être devra être remplacé à brève échéance par un troisième.

Chez certains malades, il arrive un moment où tous les traitements sont mal supportés. C'est alors que le pétrole brut, que j'ai vanté dans un travail spécial, appliqué au pinceau deux fois par jour devient excellent : il calme toute irritation, améliore l'état granuleux, surtout quand cet état est accompagné de catarrhe et prépare la conjonctive à une intervention plus active. Comme je l'ai dit, c'est chez les granuleux un excellent médicament intérimaire.

Enfants.

2	conjonctivites granuleuses graves...	2	améliorées.
2	— — moyennes	2	guéries.
4	— purulentes	4	guéries, 1 sortie sur la demande des parents le deuxième jour.

Les 4 conjonctivites purulentes que j'ai soignées ont parfaitement guéri, quoique je n'aie hospitalisé que des formes graves. La recherche de la contagion m'a donné des résultats positifs dans ces 4 cas (3 conjonctivites leucorrhéiques, 1 blennorrhagique).

Nouveau-nés.

7 ophthalmies purulentes..... 7 guérisons.

C'est le service des nouveau-nés qui m'a procuré la plus grande satisfaction, puisque j'ai pu guérir les 7 petits malades sans avoir la moindre lésion de la cornée. Si on veut bien envisager que je n'ai admis que des enfants dont l'état était inquiétant, on reconnaîtra que j'ai lieu de me féliciter du résultat. Je dois néanmoins ajouter qu'à l'entrée aucun des petits malades n'avait d'altération sérieuse dans la cornée. En dehors des pratiques médicales proprement dites, les enfants ont été soignés constamment avec un

parfait dévouement par la religieuse chargée du service. C'est surtout à la fréquence des menus soins que j'attribue les résultats obtenus. Il me paraît impossible qu'une femme qui vient d'accoucher, qui n'a pas en permanence une garde à son côté, puisse soigner chez elle un nouveau-né atteint d'ophthalmie purulente; aussi y a-t-il un contraste intéressant entre les résultats obtenus à la consultation externe et ceux que fournit le pavillon. Les femmes doivent nécessairement accompagner l'enfant qu'elles nourrissent et il est souvent fort difficile de les faire consentir à l'hospitalisation ou de les maintenir assez longtemps dans l'établissement. J'ai trouvé une résistance marquée de ce côté: ce qui tient à l'ennui qu'éprouve une jeune accouchée bien portante à quitter son mari et son chez-elle.

Pour qu'il y ait chances de succès il faut que le nouveau-né soit admis de bonne heure, aussi avons-nous parfois été obligé de recevoir les mères aux sixième et septième jours après l'accouchement. Elles ont alors reçu tous les soins que comportait leur état et sont restées au lit le temps nécessaire. Un tel service n'est utile que si mères et enfants peuvent y entrer précocement et y trouver des soins conformes à leur état. C'est là un point capital sur lequel j'ai tenu à insister. L'adjonction d'une nourrice au service des nouveau-nés serait très utile, quoique le lait stérilisé puisse être d'un précieux concours.

Grâce aux précautions prises nous n'avons eu à déplorer aucun cas de contagion intérieur. Une infirmière parut commencer une ophthalmie purulente ou catarrhale, qui avorta sous l'influence du sublimé.

En résumé, sur 40 malades hospitalisés nous avons eu :

- 21 guérisons;
- 14 améliorations;
- 3 états stationnaires;
- 1 énucléation (panophtalmie traumatique);
- 1 malade sorti avant d'être traité.

Comme les cas graves ou inquiétants ont seuls été admis, comme les maladies traitées ne sont pas des plus

aisées à guérir et entraînent souvent la cécité, nous avons lieu d'être satisfaits de cette première expérience au point de vue purement médical. — Nous pensons, dans la mesure de nos moyens, avoir ainsi donné satisfaction aux desiderata exprimés en séance publique du Conseil général de la Seine, par M. le rapporteur de la commission mixte du Conseil municipal et du Conseil général, le 19 décembre 1891.

Voici les conclusions de ce rapport :

« Pour diminuer le nombre des aveugles dont la cécité » est causée par la contagion ou par l'infection, il nous » paraît indispensable de recourir à ces trois moyens :

» Associer à nos efforts la publicité que la presse offre » toujours avec la plus grande générosité, sans négliger » la remise de la notice (1) à la mairie au moment de toute » déclaration de naissance;

» Ouvrir aux mairies, aux bureaux de bienfaisance, aux » maisons de secours, le crédit nécessaire pour délivrer » *de suite* aux indigents les remèdes qu'ils ne peuvent » acquérir;

» Enfin, créer un service d'isolement dans une Clinique » ouverte au public indigent pour toutes les affections » contagieuses et pour les non contagieuses mais infectieuses. »

D^r A. TROUSSEAU.

(1) Il conviendrait qu'au moment de la déclaration de naissance, il soit remis, par les soins de la mairie, aux parents du nouveau-né, un avis imprimé mentionnant le grand danger de tout écoulement des yeux survenant chez l'enfant et la nécessité d'avoir immédiatement recours aux soins d'un spécialiste.

Des indications sommaires des soins à donner à l'enfant peuvent aller à l'encontre du but que l'on se propose et faire perdre aux parents un temps précieux en les laissant s'abandonner à une sécurité trompeuse.

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS

PRATIQUÉES

Par le docteur A. TROUSSEAU

Cataractes : 224.

<i>Cataractes séniles</i>	194
Extractions simples.....	175
7 hernies et pincements de l'iris (dont une à la suite d'un choc sur la tête).	
1 iridectomie accidentelle.	
1 suppuration du lambeau, avec guérison complète.	
1 issue du corps vitré.	
1 panophtalmie.	
1 hémorrhagie.	
Extractions combinées.....	13
Extraction après iridectomie préparatoire.....	3
Iridectomie et extractions à la curette.....	3
<i>Cataractes traumatiques</i>	7
Extractions simples (1 légère issue du vitré).....	2
— combinées.....	4
— après iridectomie préparatoire.....	1
<i>Cataractes compliquées</i>	2
Extractions à la curette.....	1
— après iridectomie préparatoire, hémorrhagie.....	1
<i>Cataracte régressive</i>	1
Extraction à la pince.....	1
<i>Cataractes liquides</i>	5
Aspirations.....	4
Iridectomie et extraction de capsule.....	1
<i>Cataractes congénitales</i>	12
Extractions simples (1 hernie de l'iris par indocilité du malade).....	2
— dans la capsule.....	1
— à la curette (après tentative d'aspiration rendue impossible par la résistance de la membrane).....	1
— combinées.....	6
Irido-capsulotomie.....	1
Discissions.....	1
<i>Cataractes luxées</i>	3
Extractions à la curette.....	3
<i>Cataractes secondaires</i>	16
Extractions à la pince.....	4
Discissions.....	4
Iridotomies.....	5
Iridectomies.....	3

Iridectomies : 51.

Iridectomies dans le glaucome	11
— optiques	15
— dans les leucomes adhérents	5
— pour synéchies irridatives	6
— pour hernies traumatiques de l'iris	8
— maturatrices	4
— pour scléro-choroïdite	1
— pour kératite	1

Sclérotomies : 3.

Sclérotomies dans le glaucome	3
-------------------------------------	---

Enucléations : 7.

Traumatismes	2
Panophtalmie traumatique	1
Atrophies irritatives du globe	2
Sarcomes	2

Exentérations : 2.

Panophtalmie traumatique	1
— consécutive à l'extraction	1

Staphylotomies : 2.

Opérations avec suture en bourse	2
--	---

Strabismes : 41.

Ténotomies simples	14
Avancements capsulaires	21
Avec suture de Knapp	2
— de de Græfe	4

Pâupières : 47.

Entropions ou trichiasis	5
Ectropions	9
Distichiasis	2
Autoplasties	3
Tarsorrhaphies	2
Opérations pour granulations { Forceps de Knapp	2
{ Curettage ou brossage	9
{ Scarification	1
Ablations d'épithélioma	4
— de papillome	1
Kystes sébacés ou dermoïdes	6
Abscès du sourcil (curettage)	1
Ptosis	2

Voies lacrymales : 8.

Raclage du sac	7
Kyste prélacrymal	1

Opérations diverses : 56.

Ptérygions, chalazions, canthoplasties, etc.	56
---	----

J'ai pratiqué, en 1893, dans mon service de la Clinique des Quinze-Vingts, 457 opérations assez importantes pour être mentionnées, ne faisant pas figurer dans ma statistique les menues opérations qui se pratiquent journellement à la consultation, telles que cathétérisme des voies lacrymales, stricturotomie, ablation du corps étranger de la cornée.

Les 457 opérations se décomposent comme il suit :

Cataractes	224
— secondaires	16
Iridectomies	51
Sclérotomies	3
Enucléations	7
Exentérations	2
Strabismes	41
Staphylotomies	2
Opérations sur les paupières	47
— sur les voies lacrymales	8
— diverses	56

Les cataractes sont toujours opérées par moi de la même manière, avec le seul couteau pour tout instrument; sans écarteur, sans fixation même digitale. Je ne crois pas qu'aucun procédé assure aussi parfaitement l'asepsie et donne une pareille sécurité au point de vue des issues de corps vitré, des rébellions de l'iris.

Je n'ai pourtant pas cette année la satisfaction de présenter une statistique vierge de tout accident infectieux, car j'ai eu à déplorer l'apparition d'une panophtalmie chez une de mes opérées.

Malgré les recherches les plus minutieuses je n'ai pu découvrir la cause de cet accident si décourageant. L'œil et les annexes étaient sains et très nets, l'opération avait été faite et le malade avait montré une docilité parfaite. Sa santé générale était aussi bonne que possible. Je ne vois guère que les objets de pansements qui puissent être incriminés. L'organe à opérer, les instruments ou plutôt l'instrument qui sert à l'opération étant toujours désinfecté par moi avec le plus grand soin, je ne puis concevoir de doutes que sur la gaze qui est mise en contact direct avec l'œil,

lorsque les manœuvres sont terminées. Quelques jours après ce premier accident j'ai cru que je devrais en déplorer un autre du même genre, une malade ayant eu une suppuration partielle du lambeau cornéen qui a, du reste, cédé aux lavages et compresses antiseptiques (sublimé chaud à 1/2500^e). La cornée a repris une suffisante transparence pour que j'aie pu faire, cinq mois après, une bonne iridotomie donnant une excellente acuité visuelle.

Ces deux alertes m'ont impressionné et m'ont fait insister auprès de l'administration pour qu'une étuve à instruments et à pansements fut mise à ma disposition et à celle de mes collègues. Cette étuve fonctionne depuis quelques mois et le pansement est pris directement dans une boîte fermée qui n'est sortie de l'étuve et ouverte qu'au moment voulu. C'est là une garantie de plus et nous ne saurions avoir trop de précautions contre la redoutable infection oculaire qui nous menace perpétuellement. Si bien qu'il faut plutôt s'étonner des séries heureuses, comme celles que j'ai enregistrées depuis quelques années, que des cas malheureux, comme celui que je viens de relater.

Les hernies de l'iris à la suite des extractions sont descendues, cette année, au-dessous de 5 0/0, chiffre que j'ai toujours considéré comme un minimum, étant données, en dehors des prédispositions spéciales sur lesquelles nous sommes mal renseignés, l'indocilité de certains sujets et la fréquence des petits traumatismes qui tendent à s'opposer à la coaptation parfaite de la plaie. Contrairement à la pratique du docteur Parinaud, qui considère que le retard dans la cicatrisation prévient la hernie de l'iris, je recherche pour ma part une coaptation aussi parfaite et une cicatrisation aussi rapide que possible, pensant que plus tôt la plaie sera fermée, plus vite je serai à l'abri des divers accidents. Les hernies de l'iris sont survenues par série, j'en ai constaté 4 dans la même quinzaine, après être resté trois mois sans observer même un pincement de la membrane.

J'ai observé une cataracte hémorrhagique, et averti par une expérience antérieure, j'ai pu conserver l'œil; je suis de plus en plus persuadé que cet accident n'oblige pas à l'énucléation.

Je n'opère les cataractes traumatiques que quand tous les phénomènes réactionnels sont bien calmés et je crois que le procédé de choix, à moins de pouvoir faire l'aspiration dans le cas de cataractes très molles, est l'extraction avec iridectomie; d'abord parce qu'on évite mieux la réobstruction pupillaire, ensuite parce que les opérations secondaires, presque toujours indispensables, sont rendues plus aisées et moins dangereuses.

C'est aussi l'extraction avec iridectomie que je préfère pour les cataractes congénitales, à cause de l'indocilité habituelle des sujets et de la facilité des opérations secondaires. Il y a intérêt à opérer les sujets jeunes pour favoriser leur éducation visuelle et pour ne pas être obligé de trop rapprocher les dissections ou rétractions de capsule, qui sont de règle.

Trois cataractes luxées enlevées à la curette m'ont fourni trois beaux succès; j'ai déjà dit combien j'étais partisan de ce mode d'intervention.

Si je n'ai pas l'espoir de faire une dissection facile et ne déterminant pas de fortes tractions, j'opère mes cataractes secondaires avec la pince-ciseaux, ou je fais une vraie iridectomie. Cette dernière opération est très rationnelle quand on a lieu de supposer que l'iris n'est pas doublé d'une membrane opaque. Elle n'amène aucune réaction fâcheuse.

J'ai fait un assez grand nombre d'iridectomies optiques et j'ai contrôlé avec soin les résultats qu'elles fournissent pour l'acuité visuelle de l'œil opéré et pour la vision binoculaire. Je suis arrivé à cette conclusion que l'iridectomie optique relève assez peu l'acuité visuelle à moins qu'elle ne soit faite sur un œil dont la cornée seule a souffert à condition que l'opacité soit nette et limitée. D'autre part, elle nuit réellement à la vision binoculaire et les malades

sont bien plus gênés avec un œil qui voit partiellement qu'avec un œil qui ne voit pas du tout. Un de mes opérés, dont la vision de l'œil iridectomisé était de $1/4$, c'est-à-dire suffisamment bonne, se considérait comme bien moins capable de se livrer à son travail que lorsqu'il ne voyait que d'un œil. Je réserverais volontiers l'iridectomie optique pour les patients dont un œil est perdu et dont l'autre est mauvais ou défectueux par suite d'un leucome limité de la cornée.

Je suis encore à constater l'éclaircissement d'une cornée presque entièrement opaque sous l'influence de l'iridectomie. Parfois l'opération a augmenté l'opacité cornéenne.

S'il est utile de publier de semblables statistiques, c'est pour que des erreurs trop répandues puissent être ouvertement redressées. N'a-t-on pas été jusqu'à dire qu'à la Clinique des Quinze-Vingts on enlevait des yeux qui auraient pu être guéris par des soins prolongés et cela faute de temps pour les soigner. Il y a là une imputation qui, si elle était exacte, suffirait pour entacher à tout jamais l'honorabilité du chirurgien et j'ajouterais même de l'homme privé. Je ne m'indigne pas contre cette assertion que n'excuse pas pourtant l'intensité actuelle de la lutte pour la vie.

Il me suffira de prier le lecteur de jeter les yeux sur ce travail. Il verra qu'en un an j'ai fait 7 énucléations et 2 exentérations et cela pour des cas désespérés dans lesquels ma conscience me défendait de m'abstenir, à savoir : 3 panophtalmies, 2 atrophies du globe avec menaces d'accidents sympathiques, 2 traumatismes ayant réduit l'œil en bouillie et enfin 2 sarcomes de la choroïde et du nerf optique.

Tous les yeux qui ont pu être sauvés l'ont été, au prix souvent de longs efforts, de soins assidus, dont du reste mes collaborateurs et moi nous nous trouvons largement payés par la reconnaissance de nos malades et leur empressement à venir réclamer nos soins.

D^r A. TROUSSEAU.

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS

PRATIQUÉES

Par le docteur A. CHEVALLEREAU

Les opérations suivantes ont été pratiquées dans mon service pendant l'année 1893 :

Cataractes : 243.

Cataractes séniles : Extraction simple	188
210 — combinée.....	15
— — avec iridectomie antérieure.....	6
— — à la curette	1
Cataractes traumatiques : Extraction simple.....	7
21 — combinée.....	6
— — par aspiration.....	4
— — de capsule après résorption.....	2
— Discission après résorption.....	2
Cataracte adhérente : Extraction combinée.....	1
Cataractes régressives : Extraction combinée.....	1
3 — avec la pince.....	1
— — avec le crochet.....	1
Cataracte glaucomateuse : Extraction combinée.....	1
Cataractes congénitales : Extraction avec iridectomie.....	2
Cataracte molle : Extraction simple	4
Luxation du cristallin dans le corps vitré : Extraction à la curette.....	1
Cataracte avec corps étranger (fer) : Extraction à l'électro-aimant.....	1
Cataractes secondaires : Extraction de capsule.....	5
35 Discission.....	25
— Capsulotomie.....	2
— Extraction de masses.....	3

Opérations sur l'iris : 67.

Iridectomie pour glaucome.....	18
40 pour leucome.....	14
— pour occlusion pupillaire.....	4
— pour iritis	2
— pour cataracte congénitale	2
Iridotomie.....	4
Excision de hernie de l'iris traumatique.....	6
— — après cataracte.....	11
— — après iridectomie.....	1
— — après ulcère cornéen.....	1
Cautérisation de hernie de l'iris au thermocautère.....	2

Synéctomie.....	1
Extraction de corps étranger de l'iris (fragment de caillou).....	1

Opérations sur la cornée : 25.

Paracentèse de la cornée pour hypopyon.....	2
— — pour ulcère à hypopyon.....	3
Opération de Sæmisch.....	3
Cautérisation au thermocautère pour staphylome.....	1
— pour kératocone.....	4
Grattage d'ulcère cornéen.....	3
Opération de Critchett.....	1
Amputation de la cornée.....	4
Tatouage de la cornée.....	5

Opérations sur la conjonctive : 9.

Péritomie aux ciseaux.....	1
— au thermocautère.....	1
Ptérygion, ablation avec suture conjonctivale.....	7

Strabismes : 36.

Ténotomie simple du droit interne.....	18
— avec suture conjonctivale.....	11
— simple du droit externe.....	2
— avec suture conjonctivale.....	1
Avancement du droit interne.....	3
— capsulaire du droit externe.....	1

Opérations sur les paupières : 103.

Ankyloblépharon.....	1
Symblépharon.....	3
Ptosis.....	3
Transplantation du sol ciliaire.....	6
Destruction des cils par l'électrolyse.....	2
Blépharorrhaphie.....	4
Chalazions.....	63
Milium.....	1
Kyste dermoïde.....	1
Tumeurs érectiles (électrolyse).....	1
Ectropion.....	14
Entropion.....	2
Epithélioma des paupières.....	2
Papillomes et molluscum.....	3
Blépharoplastie pour ectropion cicatriciel.....	1
— pour colobome traumatique.....	1
— pour ectropion par lupus.....	1

Opérations sur les voies lacrymales : 35.

Incision du point lacrymal inférieur.....	17
Curettage du sac lacrymal.....	17
Destruction du sac au thermocautère.....	1

Opérations dans l'orbite : 20.

Enucléation pour traumatisme	4
20 pour panophtalmie traumatique.....	2
— pour glaucome.....	1
— pour tumeur.....	2
— pour moignon douloureux	5
— pour buphtalmie	1
— pour staphylome sclérotical volumineux	1
Eviscération du globe pour panophtalmie.....	1
— pour corps étranger.....	1
Evidement de l'orbite pour épithélioma récidivé	1
Abcès froid des parois de l'orbite.....	1

Cela fait en somme 573 opérations, se décomposant ainsi :

Opérations sur le cristallin.....	279
— sur l'iris.....	66
— sur la cornée.....	25
— sur la conjonctive.....	9
— sur les muscles.....	36
— sur les paupières	103
— sur les voies lacrymales.....	35
— sur l'orbite	20

Soit un total de 573 opérations méritant d'être notées.

Dans l'opération de la cataracte mon procédé est resté exactement le même : sur 210 cas de cataracte sénile sans complication, j'ai fait 188 fois l'extraction simple, 15 fois l'extraction combinée ; 6 fois l'iridectomie avait été faite antérieurement.

J'ai eu comme complication pour toutes mes opérations sur le cristallin (243) un cas de panophtalmie chez une femme qui, opérée antérieurement de son autre œil par un confrère, n'avait pas eu un meilleur résultat. J'ai eu deux fois des infiltrations très opaques d'une partie de la cornée ; dans un cas, j'ai dû pratiquer ensuite une iridotomie ; dans l'autre, je me propose de pratiquer prochainement une iridectomie. J'ai eu enfin comme complication 17 hernies de l'iris, soit 8.5 0/0 sur le total de mes extractions simples, 199 pour cataracte sénile, cataracte traumatique ou cataracte molle.

Ces hernies sont souvent produites par des mouvements trop brusques ou des chocs, dans une grande clinique où il n'est guère possible aux infirmiers de surveiller isolément chaque malade, mais en dehors de ces causes traumatiques la hernie paraissant spontanée en quelque sorte ne s'est jamais montrée dans des cas de cataracte dure où le cristallin était sorti d'une seule masse, mais dans des cas de cataracte demi-molle dont l'évacuation plus lente avait provoqué des frottements plus répétés sur le sphincter de l'iris.

J'ai fait cette année 35 opérations secondaires sur 243 malades opérés de cataractes, soit 14.4 0/0. Ces malades avaient été opérés de cataracte la plupart par moi, un certain nombre par d'autres confrères. Je ne crois pas que l'on puisse tirer aucune conclusion de ce nombre d'opérations secondaires. Quelques opérateurs, Knapp par exemple, retouchent 50 0/0 de leurs opérés, d'autres se contentent plus facilement des résultats déjà acquis, soit qu'ils redoutent systématiquement des opérations secondaires, soit que leurs malades, occupés habituellement à des travaux qui ne demandent pas une très grande acuité visuelle, soient eux-mêmes moins exigeants. Nous aurions donc quelque peine à voir un sérieux argument en faveur de l'extraction combinée dans les lignes suivantes publiées le 3 décembre dernier dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, par M. le docteur Fromaget, chef de clinique, et M. le professeur Badal :

« En se reportant à ce tableau, on peut être frappé du peu de cataractes secondaires relevées dans notre statistique (7 sur 244), cela tient très probablement à ce que l'extraction avec iridectomie est faite systématiquement par M. le professeur Badal. Et si nous voulions comparer cette statistique avec celles obtenues par d'autres spécialistes, avec celle publiée dernièrement par Chevallereau, par exemple (*France médicale*, 31 mars 1893), nous verrions la grande différence qui existe, puisque sur 275 cataractés, 61 étaient atteints de cataractes secondaires,

soit $1/5$ des malades. En présence de résultats si différents, il semble qu'il vaut peut-être mieux ajouter un temps de plus à l'extraction de la cataracte. »

J'ai été quelque peu surpris de voir publier l'an dernier, par mon ami le docteur Masselon, dans les *Archives d'ophtalmologie*, un procédé de traitement du ptosis qui est très exactement celui que mes élèves m'ont vu appliquer depuis sept ou huit ans au moins. Ce procédé est une simple modification de ceux de Dransart et de Pagénstecher, et je ne l'avais pas décrit ailleurs que dans mes conférences des Quinze-Vingts. L'appui de Masselon m'engage à considérer cette modification comme réellement ingénieuse et, en effet, je lui ai dû quelques bons résultats. Voici le procédé en quelques mots :

Je prends un fil assez fort, muni d'une aiguille à chaque extrémité; j'enfonce une aiguille dans la peau, à 5 ou 6 millimètres au-dessus du bord libre de la paupière, c'est-à-dire au niveau du sillon transversal que fait la paupière supérieure lorsque l'œil est ouvert. Je dirige mon aiguille verticalement en haut, en la faisant cheminer sous la peau et l'orbiculaire; je sens avec la pointe de mon aiguille le rebord supérieur de l'orbite, puis je ramène mon aiguille en avant, en sortant au-dessus du sourcil; je laisse ainsi en avant de mon fil toute la masse des muscles de la région sourcilière.

Prenant alors l'aiguille placée à l'autre extrémité du même fil, je l'enfonce de même à 5 ou 6 millimètres au-dessus du bord libre de la paupière supérieure et à 4 ou 5 millimètres du point d'entrée de l'aiguille précédente. Cette aiguille cheminera encore verticalement comme la première et sortira à 5 ou 6 millimètres de l'autre. J'ai ainsi une anse de fil dont la partie inférieure seule, dirigée transversalement, est placée en dehors de la peau. En tirant sur les deux fils, on remonte la paupière de la quantité que l'on veut en produisant ce sillon transversal absolument physiologique qui n'existe pas, au contraire, chez

la malades dont la paupière supérieure est pendante. Je noue les deux extrémités du fil sur un morceau de diachylon roulé.

Il suffit quelquefois d'appliquer un seul fil; quelquefois, deux ou même trois sont nécessaires; cela dépend du degré du ptosis et de l'âge du malade, c'est-à-dire de l'étendue de sa paupière. Les points d'entrée de ces divers fils seront toujours placés à 4 ou 5 millimètres de ceux des fils voisins.

L'œil restera ainsi fortement découvert et cependant je n'ai jamais vu aucune altération de la cornée causée soit par le pansement, soit par l'exposition à l'air.

Je laisse mes fils en place aussi longtemps que possible et, loin de chercher la suppuration, je l'évite presque toujours; cela me paraît une grosse erreur de prétendre qu'il est nécessaire qu'il se fasse de la suppuration sur le trajet des fils pour que la rétraction cicatricielle se produise par la suite.

Au bout de huit à quinze jours, d'après l'âge du malade, la peau est coupée par la partie extérieure du fil; les parties molles comprises dans l'anse ne tarderont pas à avoir le même sort; en serrant le fil tous les deux jours, on s'aperçoit bien vite que son anse est arrivée sous la peau de la région frontale; on peut alors le retirer.

J'ai opéré, il y a cinq ans, rue de l'Odéon, un jeune homme de quinze ans, atteint de ptosis congénital, chez lequel les fils ont mis trois semaines à couper la peau, mais ordinairement cela demande moins de quinze jours, et la peau est la seule partie qui offre réellement de la résistance à la section du fil.

Quand tout est retiré, il reste un sillon profond sur la paupière supérieure; la cicatrice est cachée au fond de ce sillon qui ne disparaîtra pas. Il restera également au-dessus du sourcil de petites cicatrices au niveau des points de sortie des fils, mais ces cicatrices sont très petites et se voient peu.

Un moyen de laisser les fils plus longtemps en place et,

par suite, d'obtenir une rétraction cicatricielle plus complète consiste à placer sur la paupière un peu de diachylon, entre la peau et la partie horizontale extérieure de l'anse de fil. De cette manière, on évitera la section de la peau et on pourra laisser les fils en place pendant tout le temps qu'on voudra, à moins que la suppuration ne vienne obliger à les retirer.

Dr A. CHEVALLEREAU.

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS

PRATIQUÉES

Par le docteur VALUDE

Pendant l'année 1893, j'ai pratiqué 502 opérations (non comptés les débridements ordinaires des voies lacrymales et les extractions des corps étrangers de la cornée).

Ces 502 opérations se répartissent ainsi :

Sur les paupières.....	78
— les sourcils.....	2
— l'appareil lacrymal.....	19
— la conjonctive.....	37
— le globe oculaire en général.....	18
— la cornée.....	26
— l'iris.....	48
— le cristallin.....	193
— la rétine.....	12
— les muscles.....	34
— la sclérotique.....	33
— le plancher de l'orbite.....	2
Total.....	502

Qui se décomposent ainsi qu'il suit :

Opérations sur les paupières.

Extirpation de chalazions.....	46
Galvanopuncture de nævus.....	4
— pour épithélioma de la paupière inférieure.....	1
Ablation de kyste sébacé.....	1
— de tuberculose de la paupière inférieure.....	1
— de papillome.....	2
Cautérisation linéaire pour trichiasis.....	3
Déplacement du sol ciliaire.....	2
Opération d'Anagnostakis-Panas.....	5
— de Streatfield.....	2
Blépharorrhaphie totale pour xérosis.....	1
— pour pannus granuleux.....	1
— partielle pour entropion.....	1
Suture de Gaillard.....	3
Anse de Snellen.....	2
Ouverture d'abcès chaud.....	3

Sur le sourcil.

Ablation de kyste sébacé.....	2
-------------------------------	---

Sur l'appareil lacrymal.

Opération de Despagnet.....	18
Ablation du sac (mucocèle).....	1
	19

Sur la conjonctive.

Ablation de ptérygion (dissection et galvanocautère).....	8
— de ptérygoïde —	2
— de lipome sous conjonctival.....	2
— de pinguecula.....	1
— de cancroïde du limbe.....	1
— d'excroissance charnue au niveau de l'insertion scléroticale du droit externe.....	1
Galvanopuncture pour trachome.....	2
— pour cancroïde du limbe récidivé.....	5
Péritomie à l'instrument tranchant.....	5
— ignée.....	2
Scarification des granulations suivies de brossage au sublimé à 1/500°.....	6
Opération de Samelsohn pour symblépharon.....	1
Dissection de symblépharon et points de suture.....	1
	37

Sur le globe.

Enucléation.....	10
Opération de Critchett.....	5
Résection du segment antérieur pour panophtalmie (sans points de suture).....	2
Exentération.....	1
	18

Sur la cornée.

Sclérotomie pour glaucome.....	1
Tatouage.....	9
Paracentèse suivie de lavages antiseptiques de la chambre antérieure (ulcères infectieux).....	7
Opération de Sœmisch.....	5
Grattage d'une taie superficielle.....	1
Galvanopuncture pour kératite hypertrophique du limbe.....	1
Paracentèse pour évacuation d'hypohéma.....	1
Ablation d'un fragment de la cornée staphylomateuse et sutures.....	1
	26

Sur l'iris.

Iridectomie pour maturation artificielle d'un cristallin dans un cas de myopie forte.....	1
Iridectomie pour glaucome.....	8
— pour leucome.....	11
— pour cataracte congénitale.....	4
— — partielle.....	1
— pour oclusion pupillaire.....	3
— pour irido-cyclite.....	1
— pour staphylome opaque.....	1
Destruction de hernie iridienne au galvanocautère.....	4
Ablation — — avec la pince-ciseaux.....	9
Iridotomie et irido-capsulotomie.....	5
	48

Sur le cristallin.

Extraction de la cataracte.....	167
Opération de cataracte secondaire {	
Discission à la pince capsulaire	3
— à la serpette.....	1
— au kystitome.....	1
— à la pince-ciseaux...	20
Extraction d'un cristallin cataracté intentionnellement (cas de myopie forte).....	1
	193

Sur la rétine.

Sclérotomie équatoriale pour décollement rétinien.....	1
— — pour décollement rétinien (suivie d'injection iodo-iodurée).....	1
Galvanopuncture pour décollement rétinien.....	10
	12

Sur les muscles.

Ténotomie.....	3
— et avancement capsulaire.....	30
— — musculaire.....	1
	34

Sur la sclérotique.

Extraction d'un corps étranger.....	1
Galvanopuncture pour sclérite.....	32
	33

Sur le plancher de l'orbite.

Raclage de l'os maxillaire supérieur en voie de suppuration.....	1
Ablation d'un séquestre issu du maxillaire supérieur.....	1

Les 167 opérations de cataracte se répartissent elles-mêmes ainsi :

Opération sans iridectomie.....	104
— avec —	52
— — — et dans la capsule.....	9
— après iridectomie.....	2
Total.....	167

sur lesquelles nous avons enregistré 5 panophtalmies, soit une proportion de 2.9 0/0 environ.

Les 104 extractions sans iridectomie ont donné 9 enclavements de l'iris, soit une proportion de 8.6 0/0 environ.

Le dépouillement de cette statistique ne se prête pas, cette année, à de grands développements et je n'ai guère à faire autre chose qu'à répéter ce que j'ai dit ici déjà, les années précédentes, ou dans des communications diverses.

Dans les *dacryocystites chroniques*, surtout avec muco-cèle, je m'en tiens toujours au curettage par la voie externe, après incision de la peau au-dessous du tendon de l'orbiculaire. Aucun autre procédé ne m'a paru valoir celui-là. Je bourre, après le curettage, le fond du sac avec de la gaze iodoformée.

L'*extraction du cristallin transparent*, en cas de myopie forte m'a, cette année, donné un beau succès. Cette opération, sur laquelle je me suis déjà expliqué (Congrès de Heidelberg, 1893), présente des indications très importantes, mais il serait, selon moi, imprudent de l'employer en dehors de la plus impérieuse nécessité, car, à sa suite, on peut observer des cyclites lentes et de la phthisie du globe.

Quant à l'*opération de la cataracte*, nous continuons à considérer l'extraction simple comme la réalisation presque parfaite de nos desiderata chirurgicaux. L'enclavement irien, dont on nous fait une bête noire, n'est réellement pas très fréquent et surtout n'est pas tellement redoutable; les enclavements des angles de l'iris ou de la capsule, lorsqu'on a fait l'iridectomie, se présentent peut-être plus souvent

encore et leurs inconvénients sont plus grands. Il n'y a vraiment qu'une suite fâcheuse à redouter après l'extraction simple, c'est l'apparition de la cataracte secondaire. En pareil cas, je suis arrivé à adopter d'une façon absolue la règle de conduite suivante : *je ne fais que l'iridotomie*. Les autres opérations : discission, section à la serpette, etc., etc., sont fertiles en déboires et occasionnent, avec une fréquence incroyable, des accidents infectieux très redoutables. Et j'applique cette opération aux membranes les plus minces aussi bien qu'aux cataractes secondaires épaisses et adhérentes.

L'*avancement capsulaire* est toujours pour nous l'opération de choix dans le strabisme ; nous l'avons exécuté 30 fois. L'*avancement du muscle* doit être réservé aux strabismes divergents et même aux forts degrés de cette variété de strabisme.

Dans la *sclérite*, nous avons tiré un excellent parti des pointes de feu un peu profondément faites et répétées une, deux et trois fois à huit jours d'intervalle.

J'ai fait aussi quelques pointes de feu dans le *décollement de la rétine* ; j'ai obtenu des effets assez heureux. Ce qui refroidit mon zèle et qui trouble ma croyance à l'endroit de l'efficacité réelle de ce moyen, c'est l'observation du fait suivant : en février 1890, je vois une jeune femme qui offre un vaste décollement myopique en bas ; jusqu'au mois d'avril 1890, je lui pratique trois séances de pointes de feu. Résultat nul. Je la revois en 1891 et le décollement est toujours à sa place et aussi étendu, la vue aussi mauvaise ; je ne fais plus rien. En 1892, toujours même état. En 1893, la vue est toujours aussi défectueuse ; je prends, par acquit de conscience, mon ophthalmoscope et je constate la *disparition absolument complète du décollement*. Plus trace de celui-ci. A sa place, une choroïdite très atrophique. Ce ne sont pas les pointes de feu qui ont pu amener le recollement à trois ans de distance, et cependant il s'est produit tout de même.

Dr VALUDE.

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS

PRATIQUÉES

Par le docteur KALT.

I. Opérations sur le cristallin.

Cataractes séniles.....	143
— compliquées.....	12
— congénitales.....	8
— traumatiques.....	11

Cataractes secondaires traitées par :

L'irido-capsulotomie.....	5
La discission.....	4
L'extraction de la membranule.....	5

Soit un total de 188 opérations.

II. Opérations sur l'iris.

Iridectomies pour leucomes cornéens.....	32
— préparatoires pour cataractes incomplètes.....	17
— pour hernies traumatiques de l'iris.....	1
	50

III. Opérations antiglaucomateuses.

Iridectomies.....	28
Sclérotomies antérieures.....	6
— postérieures.....	4
	38

IV. Strabisme.

Convergent : Ténotomies simples.....	11
— — et avancement capsulaire.....	7
Divergent : Ténotomies et avancement capsulaire.....	10
Après paralysie du droit supérieur : avancement capsulaire, puis ténotomie du droit inférieur.....	1
	29

V. Globe oculaire.

Enucléations.....	19
Opérations de Critchett.....	7
	26

VI. *Conjonctive.*

Ptérygions	2
Kyste sous-conjonctival	1
Epithélioma	1
	4

VII. *Cornée.*

Kératocone. — Cautérisation en trainée demi-elliptique	1
Tonsures	7
	8

VIII. *Affections lacrymales.*

Dacryocystites traitées par l'incision	20
— — thermocautère	1
Ablation de la glande lacrymale orbitaire	1
— — palpébrale	7

IX. *Paupières.*

Autoplastie cutanée pour atrésie du cul-de-sac inférieur	1
Ectropion de la moitié interne de la paupière inférieure :	
Avivement de l'angle interne	1
Autoplastie par échange de lambeaux	1
Entropion et trichiasis :	
Sutures de Gaillard	1
Canthoplasties	6
Joesche-Arlt	1
Anagnostakis	3
Distichiasis congénital des quatre paupières	1
Ectropion total de la paupière inférieure :	
Sutures de Snellen	2
Raie de feu tarsienne	2
Opération de Szymanowski	1
Restauration de la paupière supérieure au moyen d'un lambeau frontal	1
Restauration de la paupière inférieure aux dépens de la paupière supérieure (procédé de l'auteur)	1
Chalazions	26

X. *Divers.*

Gliome orbitaire récidivé	2
Elongation du sus-orbitaire pour névralgies rebelles	1
Epithélioma des fosses nasales	1
Kyste dermoïde du sourcil	1

Le chiffre total des opérations pratiquées est de 425. Inutile de dire qu'un grand nombre de petites interventions ont été omises. Le chiffre fort respectable d'opéra-

tions sérieuses mentionné ci-dessus montre suffisamment que l'activité de mon service n'a pas diminué en comparaison des années précédentes.

Une revue rapide me permettra de signaler les points sur lesquels s'est surtout portée mon attention.

D'abord la cataracte : A tout seigneur, tout honneur ! Comme procédé opératoire, rien de particulier. C'est le procédé décrit dans les précédents bulletins : l'écarteur, la pince à fixer jusqu'après la taille du lambeau seulement. La dissection au kystitome et l'extraction à la curette. Cette curette, à qui l'on reproche de porter l'infection dans l'œil, je la crois bien inoffensive et je la trouve surtout singulièrement commode pour enlever les masses molles que l'œil s'obstine à ne pas rendre malgré les pressions les plus variées. Or, les masses molles sont l'obstacle le plus redoutable à la bonne guérison de la plaie. J'ai remarqué que les hernies iriennes se produisaient presque toujours quand le champ pupillaire n'était pas très noir.

Ces masses servent de milieu de culture aux microorganismes variés du cul-de-sac conjonctival, d'où ces iritis traînantes avec occlusions pupillaires. Vient-on, après quatre ou même six mois à faire une dissection ou une irido-capsulotomie, l'intervention n'est suivie que trop souvent d'une poussée nouvelle. Trop heureux encore, quand des phénomènes glaucomateux n'achèvent pas de compromettre pour toujours l'acuité visuelle !

C'est cette préoccupation de nettoyer le champ pupillaire qui explique le chiffre assez élevé des iridectomies préparatoires (17). Il est certain que le traumatisme de l'iridectomie, fait au moment de l'extraction, affaiblit beaucoup la résistance de l'iris aux germes infectieux. L'idéal est donc de la pratiquer deux mois auparavant. Cette sage pratique de la période préantiseptique me paraît devoir être conservée pour tous les cas où l'évolution est lente, où la dessiccation des couches corticales tarde à se produire.

Je viens de prononcer le nom de période préantiseptique. Pour tout chirurgien qui se respecte, l'antisepsie est

la condition inéluctable des succès opératoires. Je suis moi-même tellement pénétré de la vérité de ce dogme, que je prends les précautions les plus minutieuses pour la désinfection des mains et des instruments. Ces derniers sont bouillis dans le carbonate de soude à 5 0/0. Les mains sont constamment humides de solution de sublimé à 1/5000^e, et j'évite soigneusement de toucher au globe lui-même. De ce côté-là il me semble qu'il n'y a plus rien à désirer. Mais combien sont illusoirs, par contre, les pratiques de la désinfection conjonctivale ! Il faut avouer bien sincèrement que ce n'est pas le filet de liquide antiseptique que nous faisons passer dans le cul-de-sac supérieur qui en assurera l'asepsie. J'ai essayé de le balayer avec un tampon de coton monté sur une pince : on ne réussit que sur les yeux à paupières lâches.

Et tous les antiseptiques vraiment énergiques déterminent un catarrhe conjonctival dont les sécrétions sont remplies de microbes. On se demande vraiment si, au lieu de désinfecter le terrain opératoire, nous ne provoquons pas, de propos délibéré, une réaction qui, pour être au mercure, n'est pas moins une véritable résurrection pour bon nombre de microbes peut-être endormis. L'antiseptique oculaire est encore à trouver.

Ces réflexions mélancoliques me sont suggérées par deux cas d'iritis purulente survenus dans la même semaine et au lendemain de l'opération. Il n'y avait pas à incriminer le matériel de pansement désinfecté à l'étuve et rien dans les yeux opérés ne m'avait fait craindre cette terminaison.

Dans un troisième cas, l'étiologie était trop claire. Le malade, homme de soixante ans, très sobre, nullement alcoolique, fut pris de délire avec grande agitation le cinquième jour, alors que la plaie était fermée, l'autre œil *découvert*, et que tout faisait penser à une prompte guérison. Il arracha son pansement, se frotta vivement l'œil qu'il vida en partie ; la panophtalmie fit le reste.

Ce délire après l'extraction de la cataracte a été interprété généralement comme un délire alcoolique. Assuré-

ment, ce n'était pas le cas ici. Cet homme, qui est resté pendant trois semaines dans mon service, s'est montré constamment d'une sobriété exemplaire et tout doute sur un alcoolisme antérieur put être levé. Peut-on incriminer le séjour au lit avec occlusion des yeux? Peut-être. Mais remarquons que l'œil sain, non cataracté, avait été découvert le troisième jour et que je n'avais constaté rien d'anormal. Les urines se sont montrées exemptes de sucre et d'albumine et je n'ai pas trouvé de petits signes de brighisme. Le délire a duré quatre jours et a été suivi d'un grand affaiblissement.

Opérations antiglaucomateuses.

Les sclérotomies antérieure ou postérieure ne m'ont pas donné des résultats bien différents de ceux des années précédentes. J'ai eu rarement à m'en louer et, n'était leur peu de nocuité, je les eusse probablement abandonnées. Elles ont, du reste, leur excuse dans l'obligation où nous sommes de faire quelque chose dans les vieux glaucomes où l'iridectomie s'est montrée impuissante et où l'énucléation apparaît encore comme une ressource peu séduisante pour l'opérateur aussi bien que pour l'opéré.

La sclérotomie postérieure est certainement beaucoup mieux supportée que sa sœur du limbe. Mais faite même en forme de piqûre de sangsue elle donne une détente qui s'établit lentement dans les heures qui suivent, et ne dépasse guère un à deux jours.

Y aurait-il intérêt à la combiner avec l'iridectomie? Il paraît très logique, dans un cas de glaucome subaigu, déjà un peu ancien, de détendre d'abord l'œil, d'iridectomiser ensuite d'une façon correcte.

C'est ce que je tentai pour un glaucome consécutif à une subluxation traumatique du cristallin. L'extraction de ce cristallin exécutée en plein glaucome me paraissait faire courir à l'œil un gros danger d'hémorragie choroïdienne. Après une sclérotomie postérieure très étroite en forme de piqûre de sangue, dont les branches n'avaient pas plus de

longueur que la largeur même de la lame du couteau de de Græfe, une détente notable survint. Deux jours après je crus pouvoir iridectomiser, mais une hémorrhagie violente se produisit sitôt la section faite. Il ne resta d'autre ressource que d'énucléer.

Appareil lacrymal.

L'incision des dacryocystites pratiquée largement au niveau de la paroi antérieure du sac a été faite une vingtaine de fois. Les résultats sont variables suivant l'époque à laquelle on la pratique. En pleine période aiguë le résultat est excellent. L'abcès chaud vidé, si l'ectasie n'est pas ancienne, si elle est peu prononcée, on peut compter sur la guérison rapide et définitive. Ici la suppuration amène une modification de la paroi du sac qui équivaut à une cautérisation avec un caustique. Mais quand le sac est largement dilaté, qu'il y a eu une ou plusieurs poussées subaiguës, l'incision même suivie du tamponnement avec un caustique énergique est insuffisante. On a eu soin pendant plusieurs jours d'empêcher la fermeture de la plaie; on a fait des irrigations désinfectantes dans la profondeur, et peu à peu la réunion superficielle s'est opérée. Vient-on alors à presser sur le sac, il en sort un gros bouchon de muco-pus. Mais, me dira-t-on, vous n'avez pas gratté l'intérieur de ce sac; vous n'avez pas enlevé les fongosités qui incessamment sécréteront du pus? En effet, je ne curette plus, parce qu'il n'y a *rien* à curetter. Ces fongosités ne me paraissent exister que dans l'imagination des confrères qui ont préconisé le curettage. J'ai cureté plus de cinquante dacryocystites. Sauf dans les cas rares où il existe de la périostite ou de la nécrose osseuse avec perforation de l'unguis, ma curette n'a rien ramené. La paroi du sac est épaissie, résistante. Il s'est formé pendant la longue lutte entre les germes infectieux du catarrhe et la paroi du sac des strates épaisses de tissu conjonctif fasciculé. A l'intérieur, on voit sur les coupes microscopiques un revêtement mince formé

de cellules épithéliales modifiées ou de globules purulents. Mais il ya loin de là à ces fongosités que l'on pour-suit avec des curettes aux formes variées.

La méthode ancienne de destruction par le fer rouge a certainement des avantages considérables. Seule elle peut amener cette rétraction cicatricielle énergique qui réduira le sac dans tous ses diamètres et mettra un terme à la stagnation des liquides visqueux que les simples injections ne suffisent pas à éloigner.

Malheureusement cette méthode est aveugle et la rétraction va quelquefois jusqu'à produire une dépression des plus disgracieuses et l'ectropionnement de la moitié interne de la paupière inférieure.

Autoplastie de la paupière inférieure.

J'ai obtenu cette année encore un excellent résultat avec le procédé de restauration de la paupière inférieure aux dépens de la paupière supérieure que j'ai imaginé et dont j'ai donné la description dans le *Bulletin* de 1891 (Voir aussi Société d'Opht. de Paris, 1892).

Un homme de cinquante ans se présentait en octobre 1893 à la Clinique, porteur d'un large épithélioma ulcéré qui envahissait toute la paupière inférieure aussi bien en surface qu'en épaisseur. L'ablation de la totalité de la paupière s'imposait; mais comment la remplacer? La simple attraction de tissus environnants eût sans doute comblé une partie de la brèche; mais le globe fût resté à découvert dans sa partie inférieure. Pour la recouvrir il eût été possible, sans doute, de tailler un lambeau sur la joue; mais il eût fallu doubler sa face profonde avec de la muqueuse. Or, toute la muqueuse conjonctivale avait été enlevée.

Le procédé que j'ai indiqué permettait au contraire de faire la restauration immédiate après très large enlèvement du cancroïde et de surveiller les récidives possibles; enfin l'œil était couvert.

J'avivai donc le bord libre de la paupière supérieure comme dans le premier temps de la blépharorrhaphie. J'excisai soigneusement tous les cils avec leurs racines. Puis le bord palpébral ainsi préparé fut amené au contact du bord inférieur de la perte de substance laissée par l'incision de la tumeur. Ce bord correspondait au rebord orbitaire inférieur. Au bout de huit jours, les sutures purent être enlevées. Le malade partit et ne revint que ces jours derniers (février 1894). Aucune récidive ne s'était produite. La paupière supérieure était tendue devant le globe. Les larmes et sécrétion s'échappaient à l'angle interne par une petite ouverture, reste de l'ancienne fente palpébrale.

C'est dans cette ouverture que j'introduisis des branches de ciseaux dirigées horizontalement en dehors, et tous les deux jours je sectionnais le tarse supérieur, dans toute son épaisseur, sur une longueur de 3 à 4 millimètres. Cette lenteur me permettait de me rendre compte des tractions qui s'exerçaient sur la nouvelle paupière inférieure, par le tissu de la cicatrice, et de modifier la direction de mes incisions de façon à obtenir finalement une fente palpébrale bien horizontale.

Le résultat actuel est excellent. L'œil a repris ses mouvements habituels. Il est absolument libre de toute adhérence aux paupières. Il existe un cul-de-sac inférieur. Enfin la difformité est très faible et le malade se déclare très satisfait. Il ne manque que des cils à ses nouvelles paupières pour que l'aspect en paraisse presque normal!

D^r KALT.

TRAVAUX DU LABORATOIRE DE LA CLINIQUE

Par le docteur H. DUBIEF.

Pendant l'année 1893 les travaux du laboratoire ont dû subir un temps d'arrêt momentané, au moins en ce qui concerne le laboratoire de bactériologie. En effet, ce laboratoire se trouvait compris sur l'emplacement où s'élève aujourd'hui le nouveau *Pavillon d'isolement*, consacré aux purulents et aux granuleux. Mais le chef du laboratoire n'aura nullement à regretter l'interruption momentanée survenue dans ses recherches; car, à la place du laboratoire de bactériologie, exigü et défectueux à divers points de vue, s'est construit un laboratoire nouveau, vaste, bien aménagé, et où rien n'a été négligé pour rendre aussi commode que possible l'installation des appareils (étuves, autoclaves, etc.). La place n'a pas été marchandée, et elle est telle que plusieurs travailleurs seraient à l'aise dans cette nouvelle installation, non seulement confortable, mais presque luxueuse; elle pourrait être enviée par bien d'autres laboratoires officiels. L'ancien laboratoire de bactériologie était trop exigü pour contenir tous les instruments; il en résultait divers inconvénients, dont le moindre était pour le travailleur la nécessité d'allées et venues perpétuelles. On était, à chaque instant, obligé de transporter d'un côté à l'autre les instruments délicats et fragiles, qui étaient ainsi exposés aux accidents et souvent à la pluie; ce petit laboratoire n'était pas chauffé, inconvénient grave l'hiver, où il arrivait que le gaz fonctionnait mal et créait de ce fait un danger d'accident. Aujourd'hui ces inconvénients ont disparu. Le laboratoire est chauffé par un système à l'eau chaude, partant plus rien à craindre de la gelée pour les étuves à eau. Il a été possible, à cause du grand espace disponible, de construire de vastes vitrines où tous les instruments nécessaires ont pu trouver place,

évitant ainsi les transports dangereux. La chambre noire a été perfectionnée et elle est aujourd'hui organisée à la fois pour les travaux photomicrographiques et les recherches saccharimétriques nécessitées par les fréquentes analyses d'urine qui se font au laboratoire.

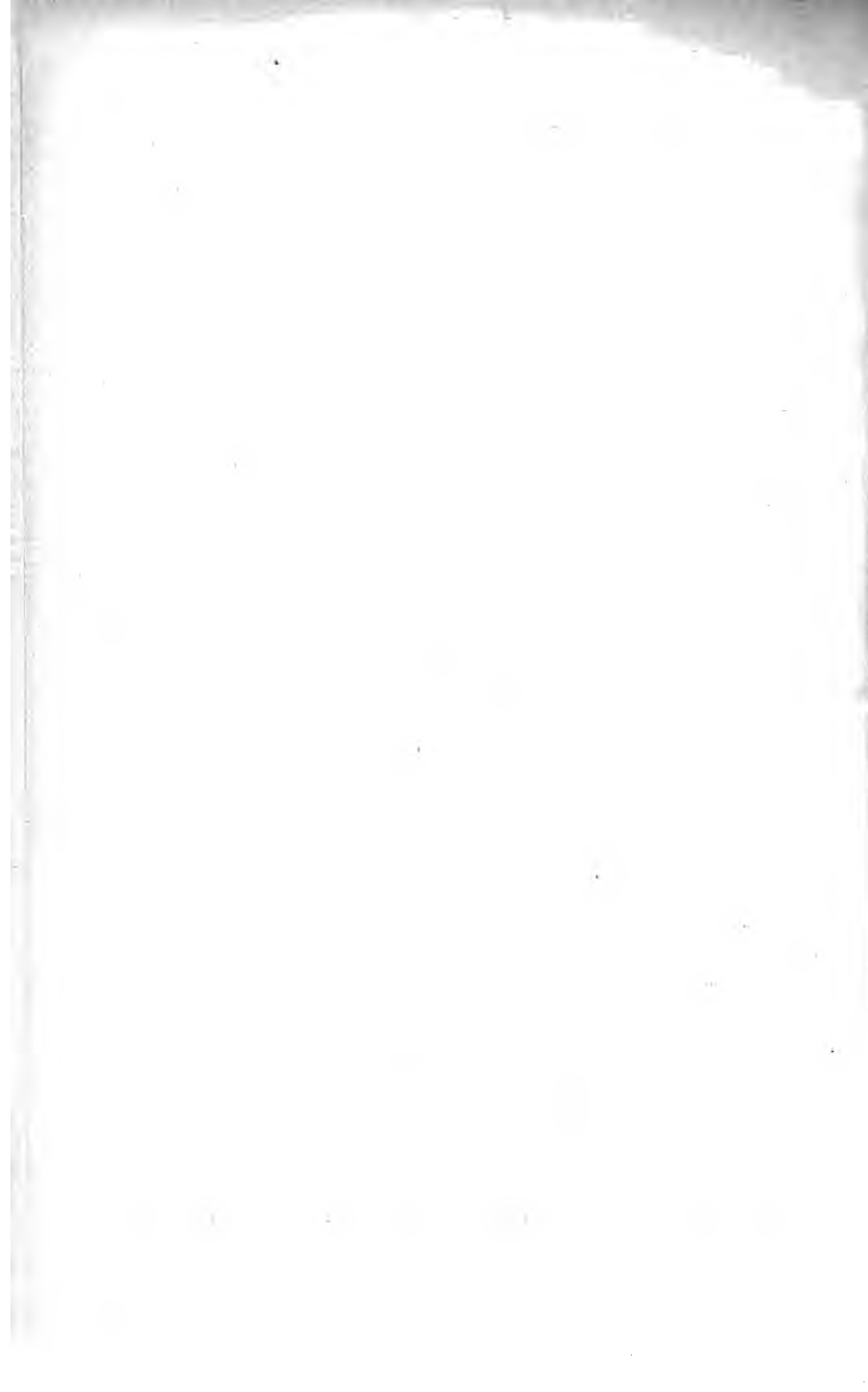
Je tiens à remercier ici personnellement M. le directeur de l'Hospice National des Quinze-Vingts, car c'est à lui que sont dues toutes les améliorations réalisées dans cette partie du laboratoire; il a bien voulu s'inquiéter de nos besoins et donner toute sa peine pour arriver à faire un laboratoire modèle.

Mais si les recherches originales ont un peu souffert des déménagements successifs occasionnés par les travaux entrepris, le besogne courante a cependant pu être faite utilement. Les examens histologiques, les analyses d'urine, nécessités par les besoins de la clinique courante, ont été exécutés, comme les années précédentes, et je n'ai rien à en dire. De même en ce qui concerne le classement dans la collection des quelques pièces rares ou précieuses qui ont été recueillies au cours des opérations journalières.

D^r H. DUBIEF.

TABLE DES MATIÈRES

Préface, par le docteur A. Chevallereau	5
Etats et tableaux	7, 8, 9, 10, 11, 12
Le Nouveau Pavillon d'isolement, par le docteur A. Trousseau	13
Statistique des opérations pratiquées par le docteur A. Trousseau	19
Statistique des opérations pratiquées par le docteur Chevallereau	25
Statistique des opérations pratiquées par le docteur Valude	32
Statistique des opérations pratiquées par le docteur Kalt	37
Travaux du Laboratoire de la Clinique, par le docteur Dubief	45





41
83

